

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ**

ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ

ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

**Znalosti komunikace u nelékařských zdravotnických
pracovníků v léčebně dlouhodobě nemocných**

Bakalářská práce

Autor práce: **Gabriela Synková**

Vedoucí práce: **doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.**

2013

**CHARLES UNIVERSITY IN PRAGUE
FACULTY OF MEDICINE IN HRADEC KRÁLOVÉ**

INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE

DEPARTMENT OF NURSING

**Knowledge of communication paramedical staffs in the
convalescence care department**

Bachelor's thesis

Author: **Gabriela Synková**

Supervisor: **doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.**

2013

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Hradci Králové

.....

(podpis)

Poděkování:

Touto cestou bych chtěla poděkovat doc. PhDr. Janě Kutnohorské, CSc. nejen za cenné rady a odborné vedení, ale i za vstřícný přístup a ochotu. Také děkuji mé rodině, která mi během celého studia byla velkou oporou.

Obsah

ÚVOD	6
I TEORETICKÁ ČÁST	7
1 Význam komunikace v ošetrovatelské péči	7
1.1 Ošetrovatelská péče	7
1.2 Ošetrovatelský proces	7
2 Komunikace	10
2.1 Komunikační proces	10
2.2 Funkce komunikace	11
2.3 Složky interpersonální komunikace	12
2.4 Neverbální komunikace	15
2.5 Verbální komunikace	18
2.6 Konativní složka komunikace	21
3 Specifika komunikace v léčebně dlouhodobě nemocných	23
3.1 Léčebna dlouhodobě nemocných	23
3.2 Stáří	25
3.3 Dlouhodobá hospitalizace	28
3.4 Problematická komunikace	28
3.5 Patologická komunikace	33
II EMPIRICKÁ ČÁST	36
4 Cíle práce	36
5 Metoda výzkumného šetření	37
5.1 Kvantitativní výzkum	37
5.2 Design výzkumného šetření	37
5.3 Interpretace výzkumného šetření	39
6 Diskuse	59
Závěr	69
Anotace	71
Použitá literatura	72
Elektronické zdroje	74
Seznam tabulek	75
Seznam obrázků	75
Seznam grafů	76
Seznam příloh	76

ÚVOD

Na téma komunikace bylo vydáno velké množství publikací a bylo napsáno mnoho definic. Co je tedy komunikace? Komunikace je nástroj k dorozumívání, k předávání informací a jediné jejím prostřednictvím lze být součástí jakékoli komunity. Při setkání dvou lidí dochází ke komunikaci. Nemusejí spolu zrovna mluvit, stačí pouze, že jeden ví o přítomnosti druhého. Už to samo o sobě stačí k tomu, aby na sebe působili. Ať už kladně nebo záporně. Komunikace je tedy nevyhnutelná a ovlivňuje všechny její účastníky.

Komunikaci se tedy nelze vyhnout ani ve zdravotnictví. Naopak efektivně ji využívat k všestranné péči o pacienta je podmínkou pro kvalitní ošetrovatelskou péči. Sestrám se znalosti komunikace vštěpují od začátku přípravy na jejich povolání. Je ale dobře připraven i ostatní zdravotnický personál? O této problematice nebylo mnoho napsáno. V naší zemi je velké množství léčeben dlouhodobě nemocných¹, oddělení následné péče a jiná podobná oddělení a zařízení, kde se o pacienty přinejmenším z poloviny stará nižší zdravotnický personál (sanitáři, sanitářky, ošetrovatelky).

Pracuji v léčebně dlouhodobě nemocných již šestým rokem, proto je mi tato problematika velmi blízká. Během mého působení v léčebně jsem měla možnost sledovat, jak komunikují sestry, sanitářky, ale i muži sanitáři. Ne vždy to bylo přesně tak, jak bych si představovala. Musím přiznat, že za některé mé spolupracovníky jsem se již několikrát musela stydět. Co si potom má myslet pacient či jeho příbuzní?

Cílem teoretické části této práce je popsat důležitost dobrých znalostí komunikace všech členů ošetrovatelského týmu. Tato část je rozdělena do tří kapitol: Význam komunikace v ošetrovatelské péči, Komunikace, Specifika komunikace v léčebně dlouhodobě nemocných.

V empirické části této práce je cílem porovnání znalostí komunikace mezi jednotlivými skupinami nelékařských zdravotnických pracovníků pracujících v léčebně dlouhodobě nemocných. Ke splnění tohoto cíle jsem zvolila dotazníkové šetření. To je v této části také vyhodnoceno a znázorněno pomocí tabulek a grafů.

¹ Dle ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR bylo v roce 2011 v České republice 72 léčeben pro dlouhodobě nemocné se 7 172 lůžky a 31 nemocnic následné péče s 2 580 lůžky.

I TEORETICKÁ ČÁST

1 Význam komunikace v ošetrovatelské péči

1.1 Ošetrovatelská péče

Každý den každý z nás při setkání s druhými lidmi komunikuje. Je to tedy nevyhnutelná součást i ošetrovatelské péče. „*Ošetrovatelskou péčí se rozumí soubor odborných činností zaměřených na prevenci, udržení, podporu a navrácení zdraví jednotlivců, rodin a osob, majících společné sociální prostředí nebo trpících obdobnými zdravotními obtížemi. Součástí ošetrovatelství je péče o nevyléčitelně nemocné, zmírňování jejich utrpení a zajištění klidného umírání a důstojné smrti. Ošetrovatelská péče je poskytována v rámci integrované péče i paliativní péče.*“²

Ve zdravotnických zařízeních je poskytována ošetrovatelská péče vícestupňovým způsobem. Aby tomu tak bylo, musí být ošetrovatelský tým složen z ošetrovatelského personálu s různou úrovní kvalifikace. Všichni pracovníci tohoto týmu jsou pak souhrnně nazýváni nelékařskými zdravotnickými pracovníky. Vedoucí takového týmu je sestra pracující bez odborného dohledu většinou se specializací v managementu. „Pod ní“ pracuje tým registrovaných všeobecných sester³ spolu s neregistrovanými sestrami, zdravotnickými asistenty, ošetrovatelkami a ošetrovateli či sanitáři a sanitářkami. Každý z nich má kompetence dané zákonem⁴ a zvláštním právním předpisem⁵.

1.2 Ošetrovatelský proces

Ošetrovatelská péče je poskytována na základě ošetrovatelského procesu. Což ve stručnosti obnáší sběr informací, analýzu zjištěného, stanovení ošetrovatelských diagnóz a vypracování plánu péče, hodnocení poskytnuté péče, opětovnou analýzou zjištěného, úpravou ošetrovatelských diagnóz a plánu a tak stále dokola (obrázek 1).

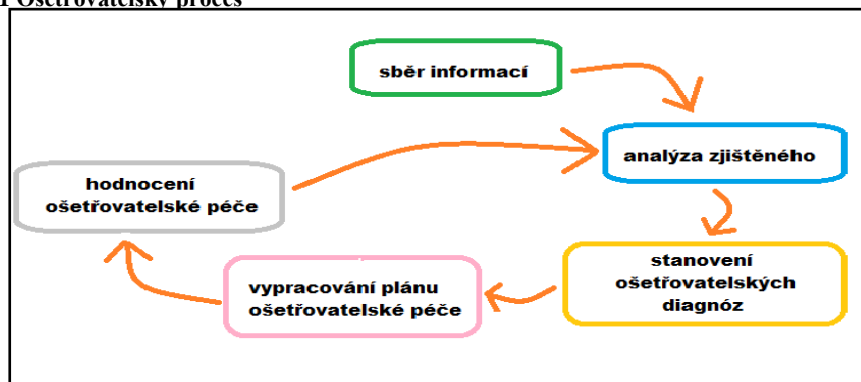
²cit. Věstník ministerstva zdravotnictví české republiky, 2004, s. 2

³ registrovaná sestra – sestra, která může pracovat samostatně bez odborného dohledu

⁴Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních).

⁵Vyhláška č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.

Obrázek 1 Ošetrovatelský proces



Sběr informací není pouhý „výslech pacienta“ při příjmu. Na sběru se podílí veškerý personál během celé hospitalizace. K tomu, aby získali co nejvíce kvalitních informací, je důležité, aby nejen slyšeli, ale aby také využívali ostatní smysly jako je zrak, čich nebo hmat. Zeptá – li se např. sestra pacienta jak se cítí a on ji odpoví, že dobře, neměla by se spokojit s touto odpovědí, aniž by zhodnotila, jak se pacient u toho tváří, jaký zaujímá postoj a držení končetin. Spoustu věcí pacienti o sobě neřeknou, je třeba číst mezi řádky. Je nezbytnost sledovat chování pacienta, abychom mohli reagovat správně na jeho potřeby.

Analýzu dat provádíme v několika úrovních. Za prvé je třeba zhodnotit, co nám pacient řekl a co tím skutečně myslel, za druhé, co jsme viděli a co to znamená. Viděli a slyšeli ostatní to samé? Dále je potřeba vše shrnout a porovnat s dokumentací pacienta.

Ošetrovatelské diagnózy jsou předdefinované a jejich sestavení je řazeno do domén tak, aby nebylo možné opomenout žádnou stránku pacientových potřeb.⁶ Ke každé z diagnóz je vypracován plán ošetrovatelské péče.

Plán péče obsahuje cíle s kritérii, kterých je potřeba u pacienta dosáhnout. Dále jsou jeho součástí intervence, za jejichž pomoci se dá plán plnit, dokonce je zde rozepsáno, kdo z ošetrovatelského týmu má tuto intervenci na starosti (obrázek 2).⁷

Je nanejvýš vhodné používat takový jazyk, kterému rozumí všichni členové týmu, aby nemohlo dojít k dvojímu výkladu. A vše, co již bylo vykonáno, řádně zapsat, včetně hodnocení odvedené činnosti. V tomto případě musí dojít také k ústnímu předání informací. Proto má každý člen týmu vědět, co je jeho povinností, aby nedocházelo

⁶ Seznam diagnóz lze najít např. Nanda International, *Ošetrovatelské diagnózy, definice & klasifikace 2009 – 2011*, Praha: Grada Publishing, a.s., 2010, 480 s., ISBN 978-80-247-3423-1

⁷ cit. SYNKOVÁ, Gabriela. *Zápočtová práce z předmětu ošetrovatelská praxe – chirurgické oddělení*, 2012. s.13

ke zmatkům v práci, z čehož by byl pacient akorát zmatený a dezinformovaný. Platí, že všichni, kteří se podílejí na péči o konkrétního pacienta, musí mluvit jednotně. K tomu je zapotřebí dobré komunikace mezi členy týmu.

Obrázek 2 Plán ošetrovatelské péče

Gordon	Oblast dle M.	Ošetrovatelské cíle:	Ošetrovatelské intervence:	Realizace:	Hodnocení:
Oš.dg. č. 2 kód: 00044 Stanovena: 12 6. 2012 Doména 11 Bezpečnost/ochrana Třída 2 Fyzické poškození P: Narušená integrita tkáně E: operace S: operační rány		cíl č. 1 rány zhojeny per primam Kritéria: ➤ spolu se sestrou a lékařem ➤ od 1. operačního dne ➤ do 21 dnů	a) sledovat a zapisovat do dokumentace vzhled operačních ran b) převazovat rány dle ordinace lékaře a za aseptických podmínek	sestra sestra, lékař	1) 13. 6. 2012 cíl ponechán; nelze hodnotit v tomto časovém úseku
		cíl č. 2 pacient si osvojil chování ve prospěch hojení a prevenci komplikací Kritéria: ➤ spolu se sestrou a lékařem ➤ od 1. operačního dne ➤ do propuštění ➤ slovní vyjádření pochopení ➤ dobře provedené vstávání	a) edukovat pacienta o péči o ránu b) edukovat o sledování rány a včasném hlášení změn sestře či lékaři c) edukovat o dostatečném odpočinku vedoucím k rychlejšímu hojení d) edukovat o přidržení ran při vstávání, kýchání či jiném prudkém pohybu e) nacvičit správné vstávání	sestra, lékař sestra sestra sestra	1) 13. 6. 2012 cíl splněn: pacient vyslovil pochopení a dostatek informací

2 Komunikace

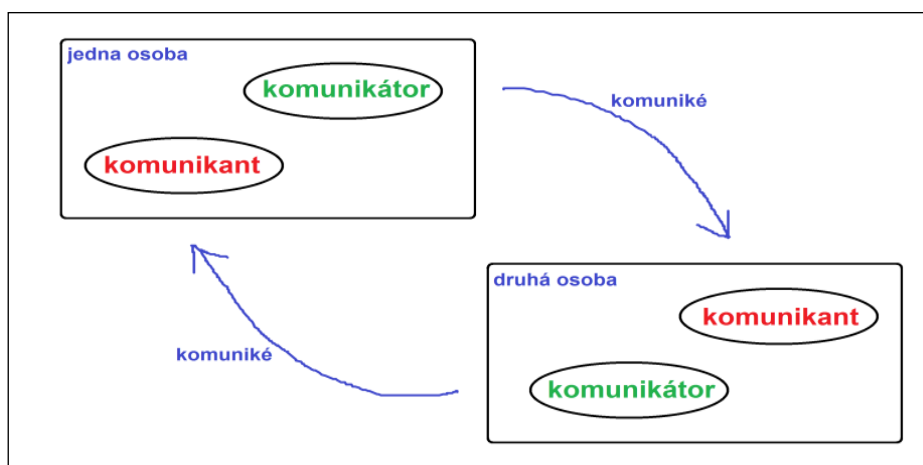
„Komunikace je v obecné rovině definována jako sdělování informace prostřednictvím signálů a prostředků: ústně, písemně, mimikou, gesty a dalším neverbálním chováním. Probíhá mezi dvěma a více lidmi, dále pak pomocí tisku, rozhlasu a jiných médií.“⁸

Aby byla umožněna bezchybná, kontinuální a individuální péče o každého jednotlivého pacienta, je zapotřebí dobrých znalostí komunikace. Jak bylo uvedeno výše, během celého ošetrovatelského procesu dochází k interakcím ať už mezi členy ošetrovatelského týmu (dále jen zdravotníky) navzájem, nebo mezi zdravotníkem a pacientem či jeho rodinou. Při kterémkoli setkání dvou lidí dochází ke komunikaci, tedy i v ošetrovatelství **nelze nekomunikovat**, je však pouze na profesionálech, jakým způsobem bude komunikace vedena a zda bude plnit svůj účel.

2.1 Komunikační proces

Na začátku komunikačního procesu stojí **komunikátor**, ten kdo má myšlenku, informaci a důvod ke komunikaci. Myšlenky je třeba zakódovat, udělat z nich soubor symbolů, jehož výsledkem bude zpráva (**komuniké**), na kterou **komunikant** po dekodování nějak zareaguje (**zpětná vazba**). Komunikátor je v rámci jednoho komunikačního procesu zároveň i komunikantem a naopak (obrázek 3).

Obrázek 3 Komunikační proces



⁸cit. JANÁČKOVÁ, Laura a WEISS, Petr. *Komunikace ve zdravotnické péči*. 1.vyd. Portál s.r.o. Praha, 2008, s. 11

Celý proces je ovlivněn mnoha faktory a tak může původní myšlenka či informace mít pro komunikanta úplně jiný smysl, než měla pro komunikátora. Dochází ke komunikačnímu šumu. Mezi faktory ovlivňující komunikační proces patří například prostředí, nálada, životní hodnoty každého z účastníků i třeba to, jak moc se účastníci mezi sebou znají a zda pro ně použité symboly znamenají to samé. Souhrnně lze tyto faktory nazvat determinanty.

2.2 Funkce komunikace

Předávání zpráv mezi lidmi má vždy nějaký účel, plní nějakou funkci. Mezi základní funkce dle Mikulášťíka⁹ patří:

- **funkce informativní** – předávání informací, faktů a dat mezi lidmi
- **funkce instruktivní** – navazuje na informativní, je však s přídavkem vysvětlení významu, popisu, návodu jak něco dělat
- **funkce přesvědčovací** – působení na jiného člověka s cílem změnit jeho názor nebo chování
- **funkce posilovací a motivující** – souvisí s funkcí přesvědčovací, jde o posilování určitých pocitů sebevědomí, vlastní potřebnosti, o posílení vztahu k něčemu
- **funkce zábavná** – jde o to pobavit, rozesmát, vyplnit čas komunikováním
- **vzdělávací a výchovná** – specifická, uplatňována prostřednictvím institucí, čerpá z funkce informativní a instruktivní
- **funkce socializační a společensky integrující** – vytváření vztahů mezi lidmi, sbližování, navazování kontaktů, posilování pocitu sounáležitosti a vzájemné závislosti
- **souvztažnost** – informace jsou dávány do souvislostí, které nám pomáhají je lépe pochopit a vstřebat
- **funkce osobní identity** – na úrovni osobnosti: pro JÁ je komunikace velmi důležitou aktivitou, pomáhá nám ujasnit si věci o sobě samém, uspořádat si postoje, názory a svědomí
- **funkce poznávací** – souvisí s funkcí informativní, sdělujeme si své zážitky, vzpomínky a plány

⁹ srov. MIKULÁŠTÍK, Milan. *Komunikační dovednosti v praxi*, 2. doplněné a přepracované vydání. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010, s. 21

- **funkce svěřovací** – slouží ke zbavování se vnitřního napětí, ke sdělování důvěrných informací většinou s očekáváním podpory a pomoci nebo porozumění bez snahy hodnotit
- **funkce úniková** – při sklíčenosti, otrávenosti či znechucení, chuť komunikovat o nedůležitých věcech pro odreagování

V práci zdravotníků se víceméně objevují všechny z výše jmenovaných funkcí. Každý, kdo pracuje s lidmi, tedy i zdravotníci, by měl před zahájením komunikace mít jasno v tom, jakou funkci má jeho komunikace mít a podle toho vést rozhovor, či jen svou přítomností působit na druhého.

Neměli bychom zapomínat, že to co jednou řekneme nebo naznačíme mimikou či gesty, již nejde vzít zpět. **Komunikace je nevratný děj!** Jediné slůvko může ovlivnit druhého natolik, že už nikdy na nás nebude nahlížet tak jako dříve.

2.3 Složky interpersonální komunikace

„Chceš-li někoho poznat, nech jej mluvit. Dovedeš-li naslouchat, něco se dozvíš.“

A.D. Wolvin

V ošetrovatelství jde především o pacienta jako o člověka, ne o tu či onu nemoc. Pracovní náplní zdravotníků je péče o nemocného či zdravého člověka s přihlédnutím na jeho bio- psycho- sociální potřeby. Ty mohou být velmi různorodé. Z toho vyplývá, že každý člověk je individuální osobnost. Proto ke každému je třeba přistupovat specificky. Vztah mezi dvěma lidmi, tedy i mezi zdravotníkem a pacientem, je ovlivněn velkou spoustou věcí. Jako příklad lze uvést pohlaví, výchovu, životní styl, rodinné zázemí, životní zkušenosti a to na obou komunikačních stranách může být velmi odlišně zastoupeno. A právě proto, že zdravotník pracuje s lidmi, měl by být v komunikaci profesionálem. K tomu je nanejvýš důležité, aby měl alespoň níže uvedené osobnostní dovednosti a kvality¹⁰:

- Projevovat **laskavost** třeba jen pouhým úsměvem, přívětivým tónem při oslovení pacienta, dotknout se (pohládit). Zachovávat otevřené držení těla, což znamená být uvolněný, nemít zkřížené paže či nohy. Zkrátka nedělat nic, co by značilo, že si nejsme jisti tím, co děláme, že jsme nesví.

¹⁰ srov. Světová zdravotnická organizace. *Lemon* 2. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. 1997. s. 52 - 65

- Být pozorný k pacientům. Dát pacientovi najevo, že mu nasloucháme, že nás opravdu zajímá, co říká. To lze například příkyvováním a jinými vhodnými neverbálními reakcemi na obsah sdělovaného. Udržovat s pacientem oční kontakt, ale nezírat upřeně. **Pozornost** velmi úzce souvisí s laskavostí.
- **Umění asertivity** je pro zdravotníka také velmi důležité. Znamená stát si za svými právy, aniž by byla porušena práva druhých. Umět se postavit problému čelem. Říci svůj názor v klidu. Nenechat se vyprovokovat a vtáhnout do hádky. „*Pokud jsme neasertivní, pocítujeme zpravidla stres*“.¹¹ Rozdíl mezi agresivitou, asertivitou a pasivitou znázorňuje tabulka 1(str. 14).
- **Sebeodhalování** neboli sdílnost zdravotníka je pro pacienta důležitá pro pochopení nastalé situace. Bude-li pacient např. vědět o zdravotníkovi to, že není věřící, může mu to pomoci pochopit udivenou reakci zdravotníka na žádost o zpověď. Samozřejmě, že by k přehnanému reagování nemělo docházet, ale právě sebeodhalování může takovéto reakce v očích pacienta zmírnit. I zdravotník je jen člověk.
- Aby byl zdravotník schopen akceptovat druhé, musí nejprve umět **akceptovat sám sebe**. Nebude-li si sám sebe vážit, druzí to vycítí a instinktivně budou následovat jeho chování, nebudou si ho vážit také. Takový zdravotník je neoblíbený a opovrhovaný. Nikdy nedokáže pacienta přimět k žádné spolupráci. Zdravotník má mít zdravé sebevědomí.
- **Empatie** je pro zdravotníka další důležitou složkou interpersonální komunikace. Jde o umění vcítit se do situace a pocitů druhého. Snaha o pochopení toho, co pacient právě prožívá. „*Empatie vede k vnitřní očištění, zvyšuje sebekognici, klade důraz na to, aby pochopení bylo úplné a přesné*“.¹² S tím, jak uvádí Křivohlavý¹³, úzce souvisí umění naslouchat.
- Aby bylo možné se vcítit do situace a pocitů pacienta, je nezbytné **řádně naslouchat**. K tomu nestačí zapojit pouze uši, ale i oči a srdce¹⁴. Ušima slyšíme, co pacient říká, jaká slova používá, rozeznáváme tón hlasu a rychlost mluvy.

¹¹cit. Lemon 2 Učební texty pro sestry a porodní asistentky. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. 1997. s. 55

¹² cit. MIKULÁŠTÍK, Milan. *Komunikační dovednosti v praxi, 2. doplněné a přepracované vydání*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. s. 92

¹³ KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Duševní hygiena zdravotní sestry*, 1.vyd. Praha: Grada Publishing, a.s, 2004 s.41

¹⁴VENGLÁŘOVÁ, Martina a MAHROVÁ, Gabriela. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, a.s, 2006. s. 25

Očima vnímáme, co pacient vyjadřuje mimikou, gesty. Srdce nám napomůže zapojit do vztahu s pacientem i naše emoce.

Tabulka 1¹⁵ Rozdíl mezi agresivitou, asertivitou a pasivitou

<i>Neverbální složka</i>	<i>agresivita</i>	<i>asertivita</i>	<i>pasivita</i>
<i>Výraz obličeje</i>	<i>Napjatý, zlostný výraz upřený pohled na druhého člověka</i>	<i>Uvolněný, příjemný. Zrakový kontakt, oči na stejně úrovni.</i>	<i>Nervózní vzhled, příp. sklopené oči</i>
<i>Držení těla</i>	<i>Ruce vbok. Popocházení a zasahování do osobního prostoru pacienta. Často stojí a ostatní sedí. Snaží se být dominantní.</i>	<i>Uvolněné, vzpřímené. Zachovává pacientův vlastní prostor.</i>	<i>Shrbené, nepohodlné. Vždy je připraven utéct.</i>
<i>Tón hlasu</i>	<i>Hlasitý, přeskakující, vymáhající, výhružný a nadřazený.</i>	<i>Pevný, sebejistý a přívětivý. Projevující úctu k druhému.</i>	<i>Tichý, chvějící se, má blízko k podceňování.</i>
<i>Gesta</i>	<i>Ostrá, příkrá, zatáté pěsti</i>	<i>Přiměřená pro zdůraznění problému.</i>	<i>Nervózní a neklidná.</i>
<i>Verbální složka řeči</i>	<i>Napadání, snaha vyhrát spor za každou cenu.</i>	<i>Poctivé vyjádření pocitů, obvykle řekne, co si myslí</i>	<i>Neřekne, co si myslí, obviňuje druhé.</i>

¹⁵ cit. Lemon 2 Učební texty pro sestry a porodní asistentky. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. 1997. s. 56

2.4 Neverbální komunikace

Komunikaci lze rozdělit na verbální, což je používání slov či symbolů k předání informace, a neverbální, definovanou dle Venglářové¹⁶ jako řeč těla. Je nesmírně důležité zdůraznit, že neverbální komunikace je převažující složkou celé komunikace. Většina lidí si však svůj neverbální projev neuvědomuje. Na druhou stranu při rozhovoru více vnímáme to, co nám druhý sděluje mimikou, gesty, svým postojem a dalšími složkami neverbální komunikace, než to, co se nám snaží říci slovy.

Mezi základní složky neverbální komunikace patří¹⁷:

- **vizika** – kontakt očí, vzájemné pohledy, vyjadřuje chuť či nechuť komunikovat s druhou osobou

Zdravotník musí komunikovat s pacientem aktivně. Většinou je to právě zdravotník, který začíná hovor. Právě pohledem naváže kontakt a dle reakce pacienta může poznat, zda i pacient je připraven komunikovat.

- **mimika** – pohyby tváře, především úst, očí a nosu, vyjadřuje nejčastěji náladu, emoce a afekt

U většiny pacientů je z tváře patrné, jak se právě cítí. Může říkat slovy, jak je mu dobře, avšak vycvičené oko zdravotníka umí přečíst výraz tváře a dozvědět se mnohem víc, než pacient říká. Dokáže odhalit lež.

- **kinetika** – celkový pohyb těla, má velký význam při hodnocení aktuálního fyzického a psychického stavu

Na pohyb lze nahlížet z mnoha úhlů. Patří sem prostorovost, rychlost, ale i soulad pohybů. Zvláštní složkou kinetiky je chironomie, která se zabývá pohybem rukou. Její součástí je znaková řeč.¹⁸

- **gestika** – pohyby, které mají výrazný sdělovací účel, mohou doplňovat verbální projev nebo být pravým opakem mluveného¹⁹

Gesta se mohou dělit dle účelu na symbolická, příkazová a ukazovací, dále pak na ilustrátory a adaptéry. Symbolická gesta se v konkrétní sociokulturní skupině dají přesně převést na slova. Příkazová a ukazovací mohou doplnit či nahradit

¹⁶ VENGLÁŘOVÁ, Martina a MAHROVÁ, Gabriela. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. s. 39

¹⁷ POKORNÁ, Andrea. *Komunikace se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010 s. 29

¹⁸ VENGLÁŘOVÁ, Martina a MAHROVÁ, Gabriela. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. s. 47

¹⁹ VENGLÁŘOVÁ, Martina a MAHROVÁ, Gabriela. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. s. 48

verbální komunikaci. Ilustrátory dokreslují a popisují situace a věci. Adaptéry pomáhají snížit emocionální napětí a stres např. žmoulání vlasů.²⁰

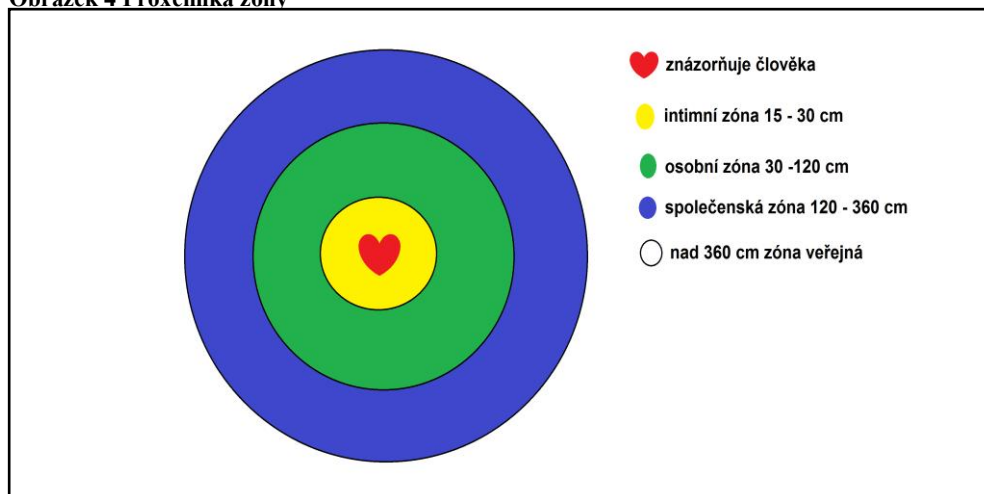
- **haptika** – doteky, podávání rukou, vyjádření účasti, pochopení a podpory
Dotekem vstupuje zdravotník do pacientovy intimní zóny (viz proxemika níže).
Dotekem se přenáší komplexní zpráva o působení tlaku, tepla nebo chladu, o bolesti či o chvění a to na obou stranách (pacient i zdravotník). Zdravotníci by měli vědět, jak, kde a kdy je vhodné se dotknout. Důležité je pacienta na dotek především v intimních místech předem upozornit. Další velmi důležitou součástí haptiky je podání ruky. „*Podání ruky není jen projevem zdvořilosti. Vyjadřuje také postoj k tomu, komu je podání ruky adresováno. Základní postoje jsou rovnost, dominance a submisivita.*“²¹ To jak správně podat ruku popisuje např. ve své knize Vymětal²².
- **chronemika** – vyjadřování, strukturování a užívání času vůči jiným lidem
Zdravotník by se hlavně měl vyvarovat zbrklosti. Rychlá mluva a spěch je pro pacienta signálem, že na něj nemáme čas. Tím si zdravotník důvěru určitě nezíská. Příliš pomalé a nerozhodné chování je však také nevhodné. Pozor na odbíhání od jedné činnosti ke druhé. To může vypadat, že nevíme, co děláme.
- **proxemika** – vzdálenost od druhého, přibližování a vzdalování se
Prostorová vzdálenost člověka ke člověku může být chápána ve dvou rovinách – v horizontální a vertikální. Horizontální je dána přibližováním či vzdálením. Přiblížením zdravotník signalizuje pacientovi, že chce zahájit komunikaci. Při odstupování zase dává najevo, že komunikace je u konce. Byly popsány čtyři různé zóny (obrázek 4): intimní, osobní, společenská a veřejná. V ošetrovatelství velmi často, dalo by se dokonce říci, že nevyhnutelně, dochází k narušování intimní zóny pacientů. Proto je třeba přistupovat k pacientovi s taktem a dopředu vysvětlit, proč jeho intimitu narušujeme a jak dlouho tento úkon bude trvat.

²⁰ POKORNÁ, Andrea. *Komunikace se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s, 2010 s. 29

²¹ VENGLÁŘOVÁ, Martina a MAHROVÁ, Gabriela. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, a.s, 2006. s. 44

²² VYMĚTAL, Jan. *Průvodce úspěšnou komunikací: efektivní komunikace v praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s, 2008 s. 66 - 68

Obrázek 4 Proxemika zón



- **posturologie** – polohy těla, rukou a nohou
Z polohy těla lze vyčíst, co se s danou osobou bude dít či co se stalo před chvílí. Rozeznáváme tři základní polohy: vestoje, vsedě, vleže.²³ Zdravý člověk je uvolněný, polohu těla si volí sám. Nemocný však tuto schopnost může ztrácet a jeho poloha těla je vynucená např. bolestí, nebo chorobným procesem postižený pacient nemůže svým tělem pohybovat vůbec, či omezeně.
- **teritorialita** – velikost prostoru, který si člověk okolo sebe vytváří
Ve zdravotnictví je pacient v cizím prostředí, a aby se i zde cítil dobře, musí tu mít „své území“. Noční stolek s uloženými věcmi je nedotknutelné soukromí pacienta. Narušení tohoto prostoru zdravotníkem, ještě třeba bez přítomnosti pacienta, je hrubým porušením soukromí.
- **paralingvistika** – síla, intenzita, zabarvení a intonace hlasu, rychlost a plynulost řeči
Paralingvistické jevy zdobí mluvu a dodávají jí na významu. Ovlivňují posluchače více, než samotné sdělení.²⁴
- **jiné znaky** – vůně, oděv a vše, co dokresluje celkový kontext interakce mezi lidmi
Už při prvním pohledu na zdravotníka si pacient udělá představu o jeho charakteru. Celková upravenost, čistá uniforma, umyté a učesané vlasy, krátké čisté nehty bez laku, žádný výrazný parfém. Tak nějak by měl zdravotník vypadat, aby na pacienta dělal dojem serióznosti.

²³ PLEVOVÁ, Ilona. *Ošetrovatelství II.* 1.vyd. Praha, Grada Publishing, a.s., 2011, s. 37

²⁴ PLEVOVÁ, Ilona. *Ošetrovatelství II.* 1.vyd. Praha, Grada Publishing, a.s., 2011, s. 24

Znalosti těchto složek neverbální komunikace může zdravotník použít k posílení sdělovaného a k pozitivnímu ovlivnění pacienta. Za každé situace by měl neverbální projev souhlasit s obsahem verbální komunikace. To, aby nedocházelo k matení pacienta a aby komunikace plnila svou původní zamýšlenou funkci.

2.5 Verbální komunikace

„Největší vymožeností lidstva je jazyk, řeč. Řeč umožňuje vzájemnou výměnu informací, názorů a zkušeností.“²⁵

Verbální komunikací je myšleno dorozumívání se pomocí slov. Ať už v psané či mluvené formě. I zde platí, jako v neverbální komunikaci, že jde o oboustranný proces. Komunikátor se snaží pomocí slov vyjádřit myšlenku co nejpřesněji a komunikant se snaží co nejlépe pochopit, co mu komunikátor sděluje. Úskalím je zde velká variabilita významu slov, která je dána mnoha faktory. *„Význam řeči tedy určují lidé, ne slova.“²⁶* Aby si dva lidé rozuměli, musejí chápat, jak bylo výše uvedeno, co znamenají slova toho druhého. Význam slova má dvě složky objektivní (denotační) a subjektivní (konotační).²⁷ *„Denotát je jev nebo předmět mimojazykové skutečnosti označený jazykovým výrazem.“²⁸* Pro danou lokalitu (stát, oblast) má **denotace** jasný význam a je považována za věc dohody a zvyku. Například slovo jablko v Čechách pro každého znamená druh ovoce. **Konotace** je však oproti denotaci druhotným asociativním významem slova. Použijeme opět jablko jako příklad. Každý z nás si může představit pod tímto slovem to, s čím má zkušenost. Jeden si vzpomene na sladkou chuť červeného jablíčka, druhý si vybaví kyselé letní jablko nebo třeba námahu, kterou přináší sklizeň jablek.

Důležitým faktorem, který ovlivňuje chápání významu slova, je prostředí. Zdravotnictví je velmi specializované prostředí pro komunikaci. Setkává se zde velké množství lidí. Jakýkoli pacient je individuální osobností, každý vyžaduje jiný způsob péče, s čímž souvisí také komunikace. Verbální komunikace je nástrojem pro profesionální práci zdravotníků. Je zapotřebí, aby každý zdravotník uměl účelně komunikovat. Zdravotník musí měnit svůj styl komunikace s přihlédnutím na to, s kým právě hovoří. Musí volit

²⁵cit. ZACHAROVÁ, Eva a kolektiv. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. s. 203

²⁶cit. ZACHAROVÁ, Eva a kolektiv. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. s. 203

²⁷ srov. DE VITO, Joseph, A. *Základy mezilidské komunikace*. 6. vyd. Přel. Jiří Rezek. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. s. 124

POKORNÁ, Andrea. *Komunikace se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010 s. 18 - 20

²⁸cit. POKORNÁ, Andrea. *Komunikace se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010 s. 18

taková slova, o kterých je přesvědčen, že je pacient zná a že oba mají na mysli ten stejný význam. To proto, aby nedocházelo k nedorozumění. I slovem lze pacienta poškodit! Na druhou stranu lze slova využít tím správným směrem. Použitím všech dostupných znalostí komunikace můžeme pacienta pozitivně ovlivnit – motivovat, povzbudit či posílit jeho sebevědomí.

2.5.1 Rozhovor

„Rozhovor jako přirozený prostředek lidské komunikace je patrně nejstarší a nejčastěji používaný způsob získávání informací“²⁹

„Rozhovor v ošetrovatelství využíváme ke zmapování životních osudů jednotlivce v nemoci a života s nemocí“³⁰

Rozhovor je komunikace dvou či více lidí, kdy pomocí otázek a odpovědí dosahují účastníci rozhovoru svých cílů. Ve zdravotnictví jde o pacienta a tak cíle rozhovoru jsou zaměřeny na získání souhrnných informací právě o pacientovi. Hlavní cíle rozhovoru pro sestry popisuje Zacharová³¹. S přihlédnutím k tomu, že s pacientem komunikují všichni členové ošetrovatelského týmu, proto by se měli těmito cíli řídit také všichni.

***Hlavní cíle rozhovoru:*³²**

- *Získávat informace o názorech a životním stylu pacienta*
- *Doplnit a upřesnit informace získané z dokumentace a pozorování*
- *Doplnit a upřesnit anamnestické údaje potřebné k realizaci ošetrovatelského procesu*
- *Získat a objektivizovat údaje o subjektivních příznacích choroby a problémech pacienta*
- *Poučit a uklidnit pacienta*
- *Zajistit potřebu sociálního kontaktu, bezpečí a jistoty*
- *Získat určitou představu o osobnostních vlastnostech, typu a temperamentu pacienta*
- *Získat orientaci o sociální situaci a emočních vazbách pacienta*
- *Získat pacienta pro spolupráci v léčebném a ošetrovatelském procesu*

²⁹ cit. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2009. s. 38

³⁰ cit. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2009. s. 39

³¹ ZACHAROVÁ, Eva a kolektiv. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. s. 209-210

³² cit. ZACHAROVÁ, Eva a kolektiv. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. s. 209-210

Ve zdravotnictví lze vyznačovat tři druhy rozhovoru – terapeutický, informační a edukativní.³³

Terapeutickým rozhovorem zde není myšlen rozhovor lékaře (např. psychologa) s pacientem, ale každodenní rozhovory jakéhokoli zdravotníka s pacientem, kdy dochází ke sdělování a akceptování pocitů. Aby mohlo k tomuto dojít, je zapotřebí mít pacientovu důvěru, kterou můžeme získat právě tím, že se o jeho pocity budeme zajímat. Naslouchat je třeba všemi smysly. A následným ujištěním pacienta, že o jeho pocitech víme, třeba jen pouhým konstatováním: „Vím, že vás to bolí.“ či „Vidím, že si s něčím nevíte rady.“ Je-li tedy zdravotník aktivní ve vyhledávání pocitů pacienta a následně umí pacientovi dát najevo, že jeho pocity akceptuje, s největší pravděpodobností si pacienta nakloní na svou stranu. Získá jeho důvěru. Pacient se bude cítit lépe v prostředí, kde mu někdo důvěřuje, kde je komu se svěřit. Tímto způsobem působí rozhovor terapeuticky. Jak už bylo napsáno výše, i slovo může léčit. Jen je potřeba dát si pozor, abychom pacientovy pocity nehodnotili (např. nebud'te smutný“) a nebagatelizovali (např. „to nic není“). To by pak takový rozhovor mohl vést k uzavření se pacienta do sebe.

Informační rozhovor vede vždy k získání informace či informací. Ať už je to zdravotník (většinou sestra), kdo podává informace pacientovi např. o průběhu vyšetření, nebo zdravotník získává informace od pacienta o jeho osobě. Vždy je zapotřebí myslet na ověření porozumění sdělovaného. Například při anamnestickém sběru dat nám pacient řekne, že potíže má od snídaně. Zdravotník se zpětným dotazem např. „Takže vás to začalo bolet hned po tom, co jste snědl snídani?“ zeptá, zda tomu rozuměl správně. Stejně tak je důležité ujistit se, že pacient rozuměl nám. K tomuto účelu byl ve zdravotnictví zaveden pojem **informovaný souhlas**, ve kterém se uvádí nejen to, že pacient např. s výkonem souhlasí, ale že tomu, s čím souhlasí i rozumí.³⁴ „*Důraz u informačních rozhovorů klademe na jasnost, srozumitelnost, stručnost a citlivost při sdělování informací.*“³⁵

Edukativní rozhovor je téměř totožný s informačním. Platí zde stejná pravidla. Rozdíl je však v tom, že edukativní rozhovor má za cíl pacienta nejen informovat, ale něčemu ho i naučit. Trendem v dnešním zdravotnictví je zapojit pacienta do léčby. Chce-li zdravotník pacienta něčemu naučit např. „jen“ správný přesun z lůžka na křeslo

³³ VENGLÁŘOVÁ, Martina a MAHROVÁ, Gabriela. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. s. 30

³⁴ ZACHAROVÁ, Eva a kolektiv. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. s. 216

³⁵ cit. ZACHAROVÁ, Eva a kolektiv. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. s. 216

u pacientů po CMP³⁶ je zde podmínkou, aby ten kdo edukuje, znal sám správný postup. Proto musí mít zdravotník nejen dobré odborné znalosti, ale též komunikační znalosti a umění učit. Nejlepší metodou je názorná ukázka. Výklad lze doplnit brožurou či letákem. Je však nepřipustné pacienta odbýt pouze brožurou. Na místě je trpělivý přístup s opakováním. Další nemalou součástí edukativního rozhovoru je potřeba pacienta ke spolupráci motivovat. To, že pacient bude spolupracovat, když jde o jeho zdraví či soběstačnost, není samozřejmostí.

2.6 Konativní složka komunikace

Konativní složkou komunikace je myšleno sdělování činy. To, jak se chováme, jak jednáme s druhými a všeobecně co a jak děláme. „*Slova poví hodně, gesta a mimika to dotvoří, ale až to, co při rozhovoru děláme, jak se chováme, jak jednáme, mu dá definitivní podobu a možnost úspěchu. Nemusíme být přímo jedním z komunikujících, abychom rozhovor ovlivnili. Už jen tím, že jsme ve stejné místnosti, něco děláme a nějak se chováme, ovlivníme výsledek probíhajícího rozhovoru.*“³⁷

Mezi nejdůležitější prvky konativní komunikace patří **spolupráce, soupeření, devalvace a evalvace**.³⁸

2.6.1 Spolupráce a soupeření

Ve zdravotnictví pracují lidé s lidmi. Můžeme do tohoto zahrnout jak vztah zdravotník – pacient, tak i vztah zdravotník – zdravotník. V obou těchto případech je dobré, když dochází ke spolupráci. Vždyť všichni zúčastnění by měli mít stejný cíl – zdraví a soběstačnost pacienta. Nejlepší cestou ke spolupráci je začít od sebe.

„*Asi nejdůležitější pro každého z nás je přestat přemýšlet o tom jak to nejde, ale jak to jde.*“³⁹ Zaměnit „já“ za „my“. To však předpokládá, aby o spolupráci stály obě strany.

Bez toho totiž nikdy ke spolupráci nemůže dojít.

Opakem spolupráce je soupeření. To však do vztahu s sebou přináší post vítěze a poraženého. Protože by se poraženým mohl stát pacient, nepatří soupeření do péče o pacienty.

³⁶ cévní mozková příhoda

³⁷ cit. POLÁKOVÁ, Martina. *Neverbální komunikace v práci všeobecné sestry*. Hradec Králové: Univerzita Karlova v Praze, 2008. Vedoucí práce Eva Vachková s. 38

³⁸ VENGLÁŘOVÁ, Martina a MAHROVÁ, Gabriela. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, a.s, 2006. s. 55

³⁹ cit. VENGLÁŘOVÁ, Martina a MAHROVÁ, Gabriela. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, a.s, 2006. s. 56

2.6.2 Devalvace a evalvace

Naše jednání a chování není nikdy neutrální. Má buď pozitivní, nebo negativní efekt. „*Devalvace je projevem neúcty, snižování a ponižování v mezilidském vztahu.*“⁴⁰ Hrubé chování, záměrné kladení překážek, ale i skákání do řeči a přehlížení druhých je jen malým výčtem toho, co může být považováno za devalvační chování. Zdravotník by se měl k pacientovi chovat jako k rovnocennému partnerovi. **Devalvace pacienta je nepřijatelná.** Chovejme se k pacientovi tak, jak bychom chtěli, aby se druhí chovali k nám.

„*Evalvace je projevem úcty a vzájemné vážnosti.*“⁴¹ **Evalvací** je myšleno takové chování, kterým pozitivně působíme na druhé. Zdravotník pacienta či kolegu může pochválit, naslouchat mu, udělat si na něj čas, i když je zaneprázdněn. I čestné a otevřené jednání bez zastírání může působit evalvačně. Další příkladem pro srovnání devalvace s evalvací je postavení těla vůči nemocnému. Když se postavíte vedle lůžka pacienta a koukáte se na něj z vrchu dolů, bude se pacient cítit minimálně podřízeně. Naproti tomu, když si k lůžku sednete na židli a tím budete mít s pacientem oči v jedné rovině, tak mu zaprvé naznačíte, že máte čas (už to samo o sobě je evalvační chování) a zadruhé pacient nabude dojmu rovnocenného partnerství.

⁴⁰ cit. VENGLÁŘOVÁ, Martina a MAHROVÁ, Gabriela. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. s. 57

⁴¹ cit. VENGLÁŘOVÁ, Martina a MAHROVÁ, Gabriela. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. s. 57

3 Specifika komunikace v léčebně dlouhodobě nemocných

Celá tato práce je monograficky zaměřena na nelékařské zdravotnické pracovníky zaměstnané v léčebně dlouhodobě nemocných. Dokonce konkrétně v Poličské nemocnici, s.r.o. v Poličce. Z tohoto také vycházejí specifika uvedená v této kapitole.

3.1 Léčebna dlouhodobě nemocných

„Léčebna dlouhodobě nemocných je lůžkové zdravotnické zařízení nebo část zdravotnického zařízení pro umístění pacientů s chronickým onemocněním, kteří již nevyžadují akutní péči, ale nemohou být propuštěni do domácí péče. Hospitalizace by neměla trvat déle než tři měsíce“⁴² Dnes při přetrvávající indikaci, není doba hospitalizace omezena.

Léčebna dlouhodobě nemocných (dále jen léčebna) je specificky zaměřené zdravotnické zařízení. Tato specifika spočívají v druhu poskytované péče a ve skladbě pacientů. Do léčebny jsou přijímáni pacienti ze zdravotnických zařízení akutní péče na doporučení ošetřujícího lékaře či z domu na doporučení praktického lékaře pro dospělé. V prvním případě jde o zlepšení či ustálení zdravotního stavu, kdy již není potřeba akutní léčebné péče. Ve druhém případě o zhoršení zdravotního stavu, kdy již domácí péče nestačí, či v případě potřeby péče respitní.

Respitní péče je péče nabízená pečovateltům, ale i pacientům, když potřebují přestávku v jinak dobře nastavené domácí péči. *„Jestliže se o staršího pacienta starají dlouhodobě rodinní příslušníci, profesionálové či jiní pečující, mohou po čase všichni (pacient i ošetřující) cítit potřebu tuto péči a kontakt na chvíli přerušit. Může se také stát, že pečující bude mít zdravotní problémy, které mu přechodně znemožní vykonávat tuto činnost.“⁴³*

V léčebně dlouhodobě nemocných je pacientům poskytována převážně ošetrovatelská péče. Ta je zaměřená na zlepšení či udržení soběstačnosti. Tomu odpovídá i složení zdravotnického personálu. Pro příklad zde uvedu složení nelékařských zdravotnických pracovníků v zařízení, ve kterém bylo provedeno výzkumné šetření popisované v této práci.

⁴²cit. VONDRÁČEK, Jan. Medicínsko- právní terminologie: příručka pro právní praxi. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2009. s. 24

⁴³cit. VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory: Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. s. 95

Poličská nemocnice, s.r.o. je léčebnou již od roku 1998 a má kapacitu 120 lůžek (sjednaných pojišťovnou) v rámci čtyř oddělení. Složení nelékařského zdravotnického personálu v této nemocnici je dle informací od hlavní sestry z října 2012 následující:

všeobecná sestra bez odborného dohledu – 27

všeobecná sestra s odborným dohledem – 4

zdravotnický asistent – 2

ošetřovatelka – 2

sanitářka – 19

sanitář – 11

Každé oddělení má svou staniční sestru, sloužící od pondělí do pátku od 6 do 14:30. V ranní směně je vždy jedna sestra a jedna sanitářka či ošetřovatelka (dále základní sestava) a většinou ještě jedna sestra nebo ošetřovatelka této základní sestavě „k ruce“. Samozřejmostí je jeden sanitář na jedno oddělení. V odpoledních hodinách zůstává na oddělení základní sestava a sanitář, o kterého se dělí dvě oddělení. Na noční směnu přichází nová základní sestava a v celé léčebně je jeden sanitář. Ten je pro všechny dostupný na služebním telefonu, aby každé oddělení mělo možnost jeho rychlého přivolání.

Specifické složení personálu je v tom, jak je vidět z výše uvedeného, že na jednu směnu je pouze jedna sestra a k ní sanitářka či ošetřovatelka se sanitářem. Jde tedy o ošetřovatelský tým vedený sice sestrou, ale samotné ošetřovatelské úkony (krmení a podávání tekutin, polohování a jiné) provádí ve velké míře hlavně nižší zdravotnický personál. Proto je potřeba, aby profesionální komunikaci ovládali všichni, tedy i ti, co mají ze zdravotnického vzdělání pouze tříměsíční rekvalifikační kurz. Složení personálu však není jediným specifikem pro komunikaci v léčebně dlouhodobě nemocných.

Dalším, a asi tím nejdůležitějším, je věková kategorie pacientů. Nejpočetnější skupinou jsou zde senioři. Pro potřeby této práce, tedy spíše pro představu s jak starými pacienty se lze v léčebně převážně setkat, byl autorkou spočítán průměrný věk pacientů hospitalizovaných v jeden den.⁴⁴ Ten činil 78 let. Podrobněji viz tabulka č. 2.

⁴⁴ Jednotlivá oddělení se věkem pacientů příliš neliší. V celém zařízení (Poličská nemocnice, s.r.o.) bylo 3. 3. 2013 hospitalizováno 127 pacientů, jejichž věkový průměr činil 78 let. Nejmladším pacientem je muž 33 let dlouhodobě hospitalizovaný pro poruchu osobnosti. Tento pacient je svým věkem zde spíše výjimkou. Nejstarší z hospitalizovaných jsou dvě ženy a jeden muž ve věku 98 let. Nepočetnější skupinkou (čemuž není potřeba přikládat velký význam) bylo 14 pacientů ve věku 83 let.

Tabulka 2 Věk pacientů Poliářské nemocnice, s.r.o.

Oddělení	A	B1	B2	B3	celkem
Počet pacientů	38	28	32	29	127
Průměrný věk	76,2	79,8	80,2	76,7	78,1
Věk nejmladšího	56	58	54	33	33
Věk nejstaršího	93	98	98	98	98

3.2 Stáří

Život člověka začíná početím a končí smrtí. To mají všichni lidé společné. Rozdíl mezi lidmi je v náplni a délce jejich života. V průběhu života člověk získává mnoho zkušeností a dovedností. Ty jsou ovlivněny genetickou výbavou, výchovou, ale též prostředím, ve kterém dotyčný žije či žil například v mládí.

Stáří je obtížně definovatelná poslední fáze života.⁴⁵ Ve vyspělých zemích se za počátek stáří považuje 65 let, ale vzhledem k tomu, že se lidé dožívají čím dál vyššího věku, i hranice stáří se posouvá. Pak je tedy za počátek považováno věkové rozmezí 65 – 79 let. Za stáří bereme věk 75 let a více. Avšak u lidí nad 90 let už hovoříme o dlouhověkosti.

Stáří je plynulý, pozvolný, přirozený a zákonitý fyziologický proces, při kterém dochází ke změnám v organismu i v psychice člověka. Každý stárne jinak rychle. Lze rozlišit kalendářní a biologický věk. Kalendářní je brán dle datumu narození a věk biologický je dán opotřebovaností organismu – mírou involuce. Involuce je postupné ubývání životní síly, zhoršování funkcí jednotlivých systémů (nervového, svalového, kardiovaskulárního a jiných). Jde v podstatě o fyziologické stárnutí lidského organismu. Kalendářní a biologický věk spolu nemusí být ve shodě. Někteří senioři na svůj věk (kalendářní) vypadají velice dobře a nikdo by jim tolik nehádal. Naproti tomu jsou zase tací, kteří jsou ještě „mladí“ a přesto mají tělo velmi opotřebované.

„Seniorská populace je výrazně různorodá (heterogenní).“⁴⁶ Přesto jsou většinou všichni senioři „házeni“ do jednoho pytle. Málokdo si uvědomuje, jaké jsou mezi nimi rozdíly. Liší se věkem, zdravotním stavem, funkční zdatností, rodinnou situací, sociálním zázemím, ekonomickou situací, vzděláním, životními zkušenostmi, genetickými vlohami pro dlouhověkost a jinými okolnostmi. Dokonce ani stejný věk (jak bylo uvedeno výše)

⁴⁵ KALVACH, Zdeněk a ONDERKOVÁ, Alice. *Stáří: Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén. 2006. s. 7

⁴⁶ KALVACH, Zdeněk a ONDERKOVÁ, Alice. *Stáří: Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén. 2006. s. 8

ještě neznamena stejnou fyzickou a psychickou zdatnost. Z toho plyne, že není senior jako senior. Každý z nich má jiná očekávání, priority, přání a potřeby. Ke každému je třeba přistupovat individuálně. Proto i když zde píš o vyšším věku pacientů hospitalizovaných v léčebně dlouhodobě nemocných jako o skupině se specifikou v komunikaci, neznamena to, že se řekne, jsou tam staří lidé, ti jsou senilní, nemohoucí a dementní a tak s nimi budeme podle toho jednat. Takovýto přístup je pro zdravotníky nepřijatelný. I zde platí: **Pacient je individuální osobnost se svými specifickými potřebami.**

V péči o seniory v jakémkoli zařízení zdravotní či sociální péče je třeba dbát na čtyři základní principy⁴⁷: zabezpečení, autonomii, důstojnost a smysluplnost.

Zabezpečení je v naší zemi oproti rozvojovým zemím samozřejmostí. Týká se zajištění přístřeší, jídla, pitné vody a základní zdravotní péče.

Autonomie představuje zachování rozhodovacích kompetencí, kontroly nad dnem a ochranu soukromí. Pacient se sám může rozhodnout, jak bude jeho léčba dále vypadat. V sociální péči, ale i v léčebnách dlouhodobě nemocných či v následné péči má mít pacient možnost chodit v civilním oblečení.

Důstojnost zahrnuje respektování osobnosti seniora, vyloučení zanedbávání, násilí a prevence nevhodného zacházení se seniorem. Veškerá péče má být prostá jakéhokoli chování vedoucího k ponižování seniora (infantilizace, omezovací prostředky, nevhodné oslovení).

Smysluplnost je velmi důležitou součástí péče o seniory. Každý člověk i senior chce být spokojen s tím, jak žije. Stáří je plnohodnotnou částí života, byť poslední. Pomoc hledat životní náplň, zaměstnat seniora při hospitalizaci nějakým vhodným programem a v neposlední řadě dbát na prevenci komunikační a senzorické deprivace.

Toto vše má za úkol každý, kdo pečuje o seniora.

3.2.1 Ageismus

„Ageismus můžeme chápat jako proces systematického stereotypizování a diskriminace lidí pro jejich stáří, podobně jako se rasismus a sexismus vztahují k barvě pleti a pohlaví. Staří lidé jsou kategorizováni jako senilní, rigidní ve svém myšlení a způsobech, staromódní v morálce a dovednostech... Ageismus dovoluje mladším generacím vidět starší lidi jako odlišné od nich samých, a proto jim brání, aby se se staršími lidmi identifikovali jako s lidskými bytostmi.“⁴⁸

⁴⁷ KALVACH, Zdeněk a ONDERKOVÁ, Alice. *Stáří: Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén. 2006. s. 12

Ageismus není žádná novinka posledních let. První zmínka o věkové diskriminaci je z konce šedesátých let 20. století. Tento jev byl popsán ředitelem amerického Národního institutu pro stárnutí Robertem N. Butlerem.

Meredith Kazer⁴⁹ popisuje ageismus jako negativní postoj či zaujatost ke starým lidem. Dále uvádí, že z ageismu plyne nedostatek péče o staré, menší přístup ke službám, napomáhání společnosti k opouštění naděje starých lidí a nespravedlnost v rozhodnutích a péči o staré.

Pokorná⁵⁰ uvádí, že ageismus je v ošetrovatelské péči běžný fenomén, který je posilován negativními stereotypy. Zdravotníci stejně jako zbytek populace jsou ovlivněni kriticky nezhodnoceným úsudkem vůči seniorům. Úsudek vychází z tradic, osobních zkušeností, emocí a je po dlouhá léta předáván z generace na generaci.

Tento jev je třeba z ošetrovatelství, a nejen odtud, odstranit. Proto by si všichni, kteří přicházejí do styku se starými lidmi, měli dát pozor na své chování a jednání s nimi. Ageismus může mít různé projevy. Od upírání nákladné léčby z důvodu věku přes připisování všem seniorům potíží se sluchem a zrakem, zdětinšťování (infantilizace), podceňování jejich schopností třeba přehnaným pomáháním. Pro příklad: Přejde-li na příjem pacient (senior), není potřeba hned na něj zvýšit hlas v domněnku, že špatně slyší. Mnohem lepší je vlídným přístupem, dotazováním a pozorováním zjistit, jak na tom se sluchem je. Pro pacienta zajisté není příjemné pokaždé vysvětlovat, že slyší, kdykoli na něj někdo křičí.

Národní radou osob se zdravotním postižením bylo v roce 2006 vydáno desatero komunikace se seniory⁵¹. Zdravotníci by měli tato jednoduchá pravidla znát a dodržovat je. Zde jsou uvedena ta nejdůležitější z nich.

- Respektovat identitu pacienta a důsledně jej oslovovat jménem i s odpovídajícím titulem.
- Důsledně se vyhýbat infantilizaci starých lidí.
- U pacientů se zdravotním postižením, chránit důstojnost, nepodceňovat jejich schopnosti.
- Respektovat princip zpomalení, chránit seniory před časovým stresem.

⁴⁸ cit. VIDOVIČOVÁ, Lucie. *Věková diskriminace - ageismus: úvod do teorie a výskyt diskriminačních*

přístupů ve vybraných oblastech s důrazem na pracovní trh. Praha: 2005 VÚPSV s. 5

⁴⁹ KAZER, Meredith. *Gerontological Nurse Certification Review*.: Springer Publishing Company s. 30

⁵⁰ POKORNÁ, Andrea. *Komunikace se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s, 2010 s. 74

⁵¹ Národní rada osob se zdravotním postižením ČR, 2006

- Aktivně, ale taktně zjistit, zda senior nemá nějakou komunikační bariéru a zjištěnému přizpůsobit komunikaci.
- Bez ověření nedoslýchavosti nezesilovat hlas.
- Dopomoc při běžných činnostech nabízet, ale nevnucovat.

3.3 Dlouhodobá hospitalizace

Problémů, které přináší dlouhodobá hospitalizace, je hned několik. Dlouhodobé odloučení od rodiny a vlastního sociálního zázemí může způsobit uzavřenost pacienta do sebe, zhoršení psychického stavu, prohloubení demence. Hospitalizace seniora je problém vždy a nemusí být ani dlouhodobá. U křehkých seniorů se mohou během hospitalizace vyvinout různé komplikace a při propuštění mohou být v horším stavu, než při přijetí. Přes veškerou snahu o podporu soběstačnosti, není možné v léčebně úplně simulovat domácí prostředí se všemi všedními činnostmi. Mnohem lepší je každou hospitalizaci řádně uvážit, a pokud je to jen trochu možné upřednostnit domácí zdravotní péči. Není přece nutné při dehydrataci hned poslat pacienta na infuze do nemocnice či léčebny, kde díky neznámému prostředí a promořenosti bacily s velkou pravděpodobností dojde spíše ke zhoršení celkového stavu. Dehydrataci sice vyřešíme, ale pacient se zhorší psychicky, nebo se něčím nakazí.

Další možností, se kterou se setkáváme nezdávka, je to, že si pacient natolik přivykne na péči, které se mu v léčebně dostává a již nechce být sám doma. Většinou toto vyplývá ze strachu nedovolání se pomoci při náhlých změnách stavu. Takový pacient má možnost podat žádost do domova důchodců či jiného zařízení sociální péče. Tato možnost mu však musí být dobře nabídnuta. Pacient nesmí mít pocit, že ho chceme odložit. Naopak je potřeba citlivě vysvětlit pozitiva.

3.4 Problematická komunikace

V léčebně dlouhodobě nemocných se nacházejí pacienti s různým onemocněním. Většina jich je však polymorbidní. Každá nemoc ovlivňuje schopnost komunikovat. Když člověku není dobře, není vždy radostí bez sebe, že s ním chce někdo mluvit. Ale může být rád za prostou přítomnost druhého. Pacient, který neodpovídá na položené dotazy, ještě nemusí být dementní, hluchý, nebo mít poruchu řeči. Prostě se mu jen nechce mluvit, může být unavený, smutný či depresivní. Různé studie uvádějí depresi až u 60%

hospitalizovaných seniorů. V komunikaci s hospitalizovaným seniorem se mohou vyskytovat překážky (bariéry), pak se komunikace stává problematickou.

Problematickou komunikaci můžeme dělit dle toho, kde se bariéry nacházejí. Bariéra může být na straně pacienta, na straně zdravotníka, nebo v prostředí.

Na straně pacienta se může objevit několik druhů bariér. Lze je například rozdělit na fyzické, psychické, kognitivní a sociální. Mezi nejčastější bariéry patří: poruchy vnímání – zhoršení sluchu či zraku, dále poruchy řeči a demence. Následující podkapitoly uvádějí shrnuté zásady komunikace k jednotlivým bariérám na straně pacienta.

Nejčastějšími bariérami na straně zdravotníka jsou: obavy ze závažných témat (umírání, nevyléčitelné choroby), nedostatek času, problém s konkrétním pacientem (špatná zkušenost pramenící z předchozího kontaktu), rozhovor na erotické téma, hraničící se sexuálním obtěžováním. Kromě tohoto je potřeba své dovednosti neustále trénovat a probírat již prožité situace s kolegy. Hledat vhodné řešení pro příště. Trénink může pomoci výše jmenované bariéry odstranit.

Hluk a nedostatek soukromí jsou dvě z nejuváděnějších bariér v prostředí. Je na zdravotníkovi (on je tu „doma“), aby tyto bariéry co nejvíce minimalizoval.

3.4.1 Zásady komunikace s pacientem se sluchovým postižením

Pacienti se sluchovým postižením se v léčebně objevují poměrně často. Málokdy však jde o postižení, které má pacient od útlého věku. Spíše se jedná o pacienty, kteří mají poruchu sluchu získanou ve stáří. Ať už působením involučních změn, či nějakou nemocí. Se všemi takto postiženými pacienty je třeba komunikovat trpělivě a individuálně. Každý může mít svůj způsob dorozumívání. Někdo ovládá znakovou řeč (takových je málo), někdo preferuje dopisování si nebo použití prstové abecedy. Pro všechny však platí tyto zásady⁵²:

- Mluvit přirozeně, pomalu a čelem k pacientovi
- Nekřičet, neměnit rytmus řeči
- Nepřikrývat si ústa rukou, nejíst při hovoru
- Mluví vždy jen jeden

⁵² srov. KALVACH, Zdeněk a ONDERKOVÁ, Alice. *Stáří: Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén. 2006. s. 38

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Základy komunikace v ošetrovatelství* Univerzita Palackého v Olomouci 2009. s. 54

- Zajistit klid, eliminovat okolní ruch
- Pokud znají oba členové komunikace znakový jazyk či prstovou abecedu, je dobré je používat
- Ptát se, co pacient rozuměl, ne zda rozuměl

3.4.2 Zásady komunikace s pacientem se zrakovým postižením

Pacienti mohou mít různá postižení zraku. U seniorů hospitalizovaných v léčebně jde převážně o zákal (šedý či zelený), presbyopii (stařecká vetchozrakost), občas se objeví pacient se slabozrakostí či dokonce plně nevidomý. S těmito pacienty je při komunikaci potřeba dodržovat tyto základní zásady⁵³:

- Při představování nezapomenout podat ruku a dodat: „podávám vám ruku“
- Při příjmu seznámit pacienta s prostředím, říct kde co je, nechat osahat, provést po místnosti
- Při vstupu do místnosti pozdravit a říct své jméno, aby pacient věděl, s kým mluví, kdo se v pokoji nachází
- Odchod z pokoje vždy oznámit
- Detailně popsat, co se bude dít (při vyšetření, odběrech, přesunu pacienta)
- Při jídle upozornit, kde co leží (popsat, jak je jídlo na talíři uspořádané, dodržovat zaběhnutý pořádek)
- Nepřemísťovat pacientovi věci bez jeho vědomí
- Při doprovodu pacienta nabídnout svou paži k zavěšení, netlačit pacienta před sebou, netáhnout za sebou
- Nebát se používat slova vidět, kouknout se a popisovat okolí v barvách

⁵³ srov. KALVACH, Zdeněk a ONDERKOVÁ, Alice. *Stáří: Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén. 2006. s. 39

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Základy komunikace v ošetrovatelství* Univerzita Palackého v Olomouci 2009. s. 52

3.4.3 Zásady komunikace s pacientem s afázií

„Afázie je centrální porucha řeči, kterou lze lingvisticky popsat jako postižení různých komponent řečového systému (fonemické neboli zvukové, slovní zásoby, skladby a sémantické neboli významové). Bývá následkem cévní mozkové příhody, zánětlivých onemocnění mozku, nádoru nebo mozkolebečního traumatu.“⁵⁴

V léčbě se nachází velké procento pacientů po CMP. Část z těchto pacientů trpí afázií. K těmto pacientům je třeba přistupovat s trpělivostí a pochopením. Je těžké se s pacientem domluvit, když to předtím šlo. Jsou i pacienti, kteří mluví, avšak nevnímají, že jejich slova nedávají smysl pro okolí. Mohou být velmi rozčileni, když jim ostatní nerozumí. Je třeba vše trpělivě vysvětlit. Zde jsou shrnuty zásady, jak komunikovat s takovými pacienty⁵⁵:

- Naslouchat znamená čekat, nepomáhat s hledáním slov příliš brzo, abychom neměnili zamýšlený obsah
- Hovor ve dvou je lepší, než skupinový
- Poslouchat během řeči, při nesrozumitelnosti příliš nepřerušovat, smysl může vyplynout i dodatečně
- Používat paralingvistické a neverbální jevy – intonaci, mimiku, písmo, obrázky
- Záleží jen na obsahu, formu nutno přehlížet
- Používat krátké věty s pauzami
- Udělat si dostatek času, být trpěliví, nevzdávat se (určitě na to přijdeme)
- Dávat přednost otázkám s odpovědí ano – ne
- Nemluvit hlasitě, afázie není nedoslýchavost

⁵⁴ cit. SCHULER, Matthias a OSTER, Peter. *Geriatric od A do Z pro setry*. 1. české vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010 s. 15

⁵⁵ SCHULER, Matthias a OSTER, Peter. *Geriatric od A do Z pro setry*. 1. české vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010 s. 18

3.4.4 Zásady komunikace s pacientem trpícím demencí

Další velkou skupinou pacientů, se kterou je komunikace problematická, jsou pacienti s demencí. „*Demence je syndrom, který vznikl následkem onemocnění mozku, obvykle chronického nebo progresivního rázu, u něhož dochází k narušení mnoha vyšších korových funkcí, včetně paměti, myšlení, orientace, chápání, uvažování, schopnosti učení, řeči a úsudku (kognitivních funkcí). Vědomí není zastřeno.*“⁵⁶

Nejdůležitější je si uvědomit, že je postižena převážně krátkodobá paměť, bez které pacient ztrácí schopnost běžných činností, jelikož hned zapomíná, co chtěl dělat, nebo co po něm právě chtěli ostatní. Právě z porušených funkcí mozku vyplývají zásady komunikace s těmito pacienty⁵⁷:

- Pomalu, jasně a zřetelně mluvit
- Nedělat před pacientem prudké pohyby, být během komunikace v klidu, mít pozitivní výraz (předcházení agresivní reakce)
- Důležité informace opakovat, nikdy nekárat za zapomnětlivost, s trpělivostí opakovat
- Pominout vady rozhovoru, dát pacientovi dostatek času k vyjádření
- Oslovovat pacienta dle jeho přání a dle nejlepší reakce na oslovení (po domluvě s pacientem a rodinou), vždy však zachovat důstojnost pacienta
- Posilovat orientaci pacienta osobou, místem i časem
- Označit pokoj, toaletu a ostatní místa třeba obrázkem, nápisem (usnadnit orientaci)
- V hovoru se vyhýbat žargonu, frázím a ironií
- Při nepochopení sdělovaného neopakovat slova, ale hledat jiný výraz
- Vždy oznámit, že odcházíme a na jak dlouho

⁵⁶cit. VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory: Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, a.s, 2007. s. 26

⁵⁷Srov. SCHULER, Matthias a OSTER, Peter. *Geriatric od A do Z pro setry*. 1. české vyd. Praha: Grada Publishing, a.s, 2010 s. 77-78

KALVACH, Zdeněk a ONDERKOVÁ, Alice. *Stáří: Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén. 2006. s. 43

- Všímat si projevů strachu, úzkosti a deprese
- Nepodceňovat pacienta, komunikaci neomezovat, ale přizpůsobit možnostem pacienta

3.5 Patologická komunikace

I v léčebně dlouhodobě nemocných se může vyskytnout pacient, se kterým je komunikace velmi obtížná – patologická. Bohužel se stává, že patologická je i někdy komunikace ze strany zdravotníka. Ta se projeví špatným zacházením s pacienty, vyhýbání se některým pacientům, například pro jejich nespolupráci či neochotu rodiny ke spolupráci. Někdy může docházet k neoprávněnému použití omezovacích prostředků či křičení na pacienta. Takovéto jednání s pacienty a rodinou není přípustné. Může se jednat o syndrom vyhoření, kdy je zdravotníkovi potřeba včas nabídnout pomoc. Bohužel jsou i tací, kteří takovéto chování považují za normální a tyto „zdravotníky“ je potřeba aktivně vyhledávat a jejich řady ve zdravotnictví eliminovat.

U starých nemocných se jakákoli změna jejich zdravotního stavu může projevit lehkou zmateností až deliriem nebo samotným agresivním chováním. Agresivitou může reagovat i jinak klidný a spořádaný pacient. Při hyperaktivní formě deliria je velmi složité pacienta zklidnit. Agresivita se může projevit různými způsoby od chladného, ironizujícího způsobu komunikace pacienta se zdravotníkem, přes projevy násilí vůči věcem, bouchání dveřmi, házení předměty, plivání potravy či léků. Až k nejzávažnější formě, jakou je násilí vůči druhé osobě (zdravotník, spolupacient, návštěva). Příčin může být hned několik. U pacientů v léčebně dlouhodobě nemocných je to většinou právě ono hyperaktivní delirium, dále pak strach z překlady do nového prostředí (domov důchodců). I bezmoc zde hraje velkou roli.

Každopádně je dobré takovýmto situacím co nejvíce předcházet, čemuž ve velké míře může napomoci dobrá znalost komunikace a trénink možných situací. Je dobré vědět, co dělat, když taková situace nastane. Jak zvládat agresivní chování pacienta popisuje Venglářová⁵⁸.

⁵⁸ VENGLÁŘOVÁ, Martina a MAHROVÁ, Gabriela. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, a.s, 2006. s. 83-86

3.5.1 Verbální konflikt

Na nepřiměřeném chování pacientů se podílejí zdravotníci. Ke konfliktu je zapotřebí minimálně dvou lidí. Jak postupovat při vzniklém konfliktu:

- Zachovat klid při jednání s pacientem, respektovat společenské normy
- Neodpovídat na agresi agresivitou
- Konstatovat, že je pacient rozčilen, sdělit, jak to na nás působí
- Vyslechnout stížnost, akceptovat postoj (neznamená souhlasit)
- Nehodnotit a neodsuzovat pacienta za jeho projev, nesouhlas s chováním nikoliv s pacientem
- Projevit zájem o situaci pacienta, doptat se otázkami na podrobnosti situace
- Vyjádřit empatii a porozumění neverbálními i verbálními prostředky
- Hledat reálné důvody pacientova chování
- Sdělit závěr situace, pokud to lze, pacientovi vyhovíme

3.5.2 Fyzické napadení

Když už dojde k agresi tak velké, že hrozí napadení spolupacienta či zdravotníka, je dobré vědět, jak se zachovat. Na odvracení či zvládnutí napadení je dobré si zapamatovat tyto pokyny:

- Znat rizika konkrétního pracoviště
- Vědět, kde sehnat nejrychleji pomoc – zřízenec, jiná posila
- Všimát si verbálních i neverbálních signálů, včas je vyhodnotit
- Efektivní úprava prostředí, odstranit vše, co by mohlo být použito k napadení
- Zachovávat volný prostor k ústupu pro sebe i pacienta

- Mluvit pomalu a plynule
- Snažit se i přes vyhrocenou situaci naplnit pacientovy potřeby (nesaturované potřeby mohou být příčinou agrese)
- Pamatovat, že přes všechna opatření může kdykoli dojít k útoku
- Chránit svoji osobu i ostatní pacienty a spolupracovníky
- V převaze je síla, nebát se včas zavolat pomoc (raději zbytečně, než vůbec), nespolehat na to, že to zvládneme sami
- Trénovat mimořádné situace v týmu

II EMPIRICKÁ ČÁST

4 Cíle práce

Hlavní cíl

Hlavním cílem této práce je zjistit, zda se liší znalosti komunikace mezi zdravotníky s přihlédnutím na jejich pracovní zařazení. K hlavnímu cíli jsem si stanovila hypotézu.

Hypotéza č. 1: Předpokládám, že nejlepší znalosti komunikace budou mít všeobecné sestry a nejhorší znalosti komunikace budou mít sanitáři.

Dílčí cíle:

- 1) Zjistit, co si zdravotník myslí o důležitosti komunikace pro výkon jeho povolání.
- 2) Zjistit, zda byla součástí přípravy na povolání zdravotníka výuka komunikace.
- 3) Zjistit, zda studium zdravotníky řádně připravilo na profesionální komunikaci.
- 4) Zjistit, zda se zdravotníci zúčastnili další výuky komunikace a zda měla pro ně nějaký přínos pro praxi.
- 5) Zjistit, zda by měli zdravotníci zájem o další výuku komunikace.
- 6) Zjistit co si myslí zdravotníci o svých znalostech komunikace.
- 7) Zjistit, co si myslí zdravotníci o znalostech komunikace svých spolupracovníků.
- 8) Zjistit, zda si zdravotníci uvědomují svůj postoj při komunikaci s pacientem.
- 9) Zjistit, zda zdravotníci nosí vizitky se svým jménem a pracovním zařazením.
- 10) Zjistit, zda se zdravotníci při prvním setkání s pacientem představí.

5 Metoda výzkumného šetření

5.1 Kvantitativní výzkum

Pro empirickou část této bakalářské práce bylo zvoleno kvantitativní výzkumné šetření. „Úkolem kvantitativního výzkumu je statisticky popsat typ závislosti mezi proměnnými, změřit intenzitu této závislosti apod.“⁵⁹ Výzkum využívá tyto metody: dotazník, standardizovaný rozhovor, analýzy dat a jiné. V této práci byl použit dotazník. Dotazník je soubor otázek na předem připraveném formuláři. Vhodné je, aby v úvodu dotazníku bylo stručné vysvětlení, o čem se jedná a zpráva o tom zda je dotazník anonymní. Výhodou tohoto typu výzkumu je možnost získat velké množství dat za poměrně krátký časový úsek. Nevýhodou pak při neporozumění otázky nemožnost cokoliv vysvětlit či doplnit. U vyplňování dotazníků není většinou výzkumník přítomen.

5.2 Design výzkumného šetření

Výzkumné šetření bylo cíleně zaměřeno na nelékařské zdravotnické pracovníky v Poličské nemocnici, s.r.o. Lůžkovou část nemocnice tvoří léčebna dlouhodobě nemocných, která má kapacitu 120 lůžek a je členěna na čtyři oddělení.

Respondenti byli vybráni záměrně. Jediným kritériem pro výběr byl pracovní poměr ve výše zmíněné léčebně dlouhodobě nemocných a to na některé z uvedených pozic – všeobecná sestra, zdravotnický asistent, ošetřovatel/ka, sanitář/ka. Tím byl také stanoven počet možných respondentů.

Výzkumné šetření bylo schváleno⁶⁰ 10. ledna 2013 ředitelem Poličské nemocnice, s.r.o. Ing. Liborem Stráníkem a to po seznámení s cílem bakalářské práce a s dotazníkem. V den schválení byly dotazníky autorkou rozneseny na jednotlivá oddělení a tam předány staničním sestrám, vždy v takovém počtu, který odpovídal počtu zdravotníků působících na daném oddělení. To činilo 54 dotazníků a 11 dotazníků obdržel vedoucí sanitářů (mužů). Celkem bylo rozdáno 65 dotazníků. Dotazníky byly během následujících 21 dnů postupně vybírány. Vrátilo se jich celkem 47 vyplněných. Dva však byly pro neúplnost ve vyplnění vyřazeny. Celkem tedy bylo vyhodnoceno 45 dotazníků, což je v rámci výzkumu bráno za 100%.

⁵⁹cit. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2009. s. 21

⁶⁰Příloha 1

Dotazník⁶¹ byl složen z celkem 18 otázek. První čtyři otázky byly zaměřeny na zjištění informací o respondentovi, jako je věk, pohlaví, délka praxe v léčebně dlouhodobě nemocných a pracovní pozice v současném zaměstnání. Další pět otázek se zabývalo výukou komunikace a to minulou, současnou i budoucí. Otázky 10 a 11 zkoumaly důležitost komunikace pro výkon zdravotnického povolání. Otázka 12 se zabývala uvědomování si postoje při komunikaci. Otázka 13 pak představením se pacientovi při prvním setkání s ním. Otázka 14 zjišťovala, zda respondent nosí vizitku se svým jménem a pracovním zařazením. V otázce 15 měli respondenti možnost svou odpověď v předchozí 14. otázce zdůvodnit. V předposledních dvou otázkách měli respondenti zhodnotit své komunikační dovednosti a v poslední pak se měli pokusit zhodnotit dovednosti svých kolegů.

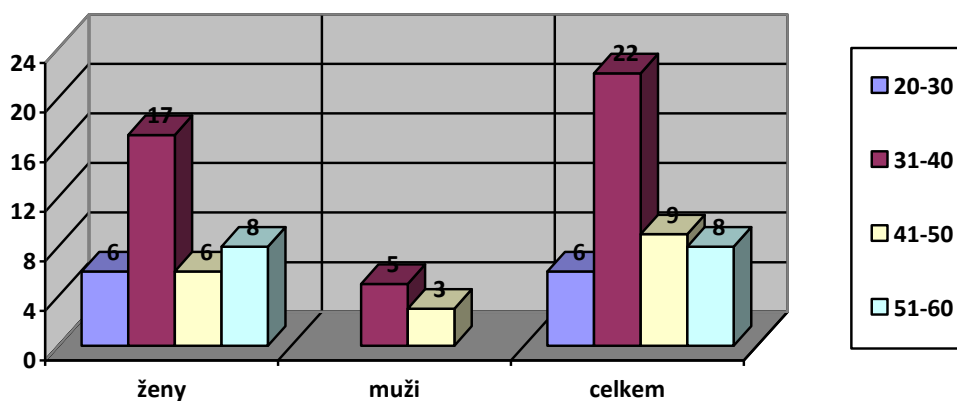
Vyplněné dotazníky byly zpracovány do tabulek a grafů pomocí Microsoft Office Excel 2007 a Microsoft Office Word 2007.

⁶¹Příloha 2

5.3 Interpretace výzkumného šetření

Tabulka 3 Věk respondentů

	ženy	muži	celkem
1. skupina věk od 20 – 30 let	6 (13,3%)	0	6 (13,3%)
2. skupina věk od 31 – 40 let	17 (37,8%)	5 (11,1%)	22 (48,9%)
3. skupina věk od 41 – 50 let	6 (13,3%)	3 (6,7%)	9 (20%)
4. skupina věk od 51 – 60 let	8 (17,8%)	0	8 (17,8%)
celkem	37 (82,2%)	8 (17,8%)	45 (100%)



Graf 1 Věk respondentů

Komentář:

Otázka č. 1 „Uved'te prosím kolik je Vám let?“

Z odpovědí vyplývá průměrný věk respondentů – 40 let. Nejmladší je žena 20 let, zaměstnaná jako zdravotnický asistent. Nejstarší jsou tři ženy ve věku 60 let, jedna je všeobecná sestra pracující bez odborného dohledu, druhá je sanitářka a třetí ošetřovatelka. Respondenti byli pro lepší přehlednost rozdělení do čtyř věkových skupin (viz tabulka č.2). Nejvíce respondentů patří do skupiny 31 – 40 let.

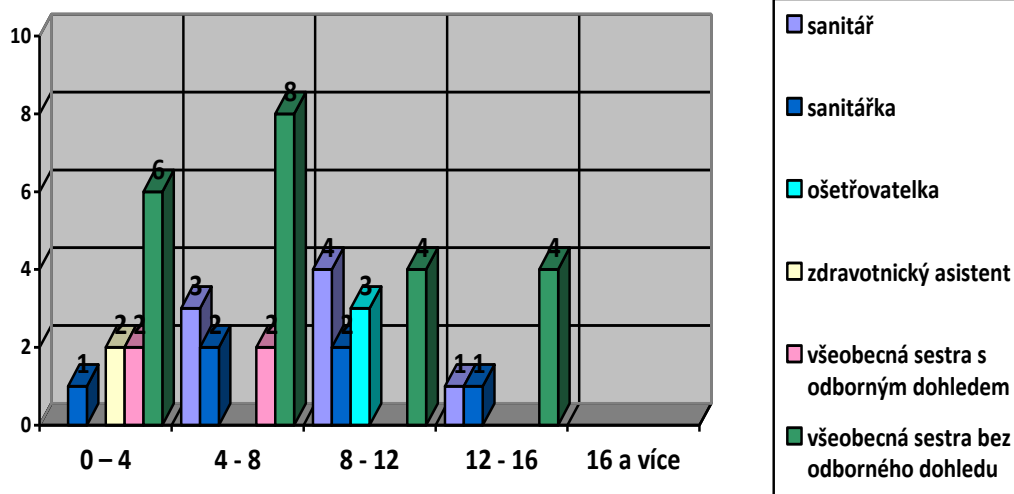
Otázka č. 2 „Jakého jste pohlaví?“

Výzkumného šetření se zúčastnilo 37 žen a 8 mužů. Žen bylo tedy 82,2 % a mužů pouhých 17,8%.

Tabulka č. 2 a graf č. 1 ukazuje rozdělení respondentů dle věku a pohlaví.

Tabulka 4 Délka praxe v LDN

pozice / léta praxe v LDN	0 – 4	4 - 8	8 - 12	12 - 16	16 a více	celkem
sanitář	0	3 (6,7%)	4 (8,9%)	1 (2,2%)	0	8 (17,8%)
sanitářka	1 (2,2%)	2 (4,4%)	2 (4,4%)	1 (2,2%)	0	6 (13,3%)
ošetřovatelka	0	0	3 (6,7%)	0	0	3 (6,7%)
zdravotnický asistent	2 (4,4%)	0	0	0	0	2 (4,4%)
všeobecná sestra s odborným dohledem	2 (4,4%)	2 (4,4%)	0	0	0	4 (8,9%)
všeobecná sestra bez odborného dohledu	6 (13,3%)	8 (17,8%)	4 (8,9%)	4 (8,9%)	0	22 (48,9%)
celkem	11 (24,4%)	15 (33,3%)	13 (28,9%)	6 (13,9%)	0	45 (100%)



Graf 2 Délka praxe v LDN

Komentář:

Otázka č. 3 „*Jak dlouho pracujete v léčebně dlouhodobě nemocných?*“

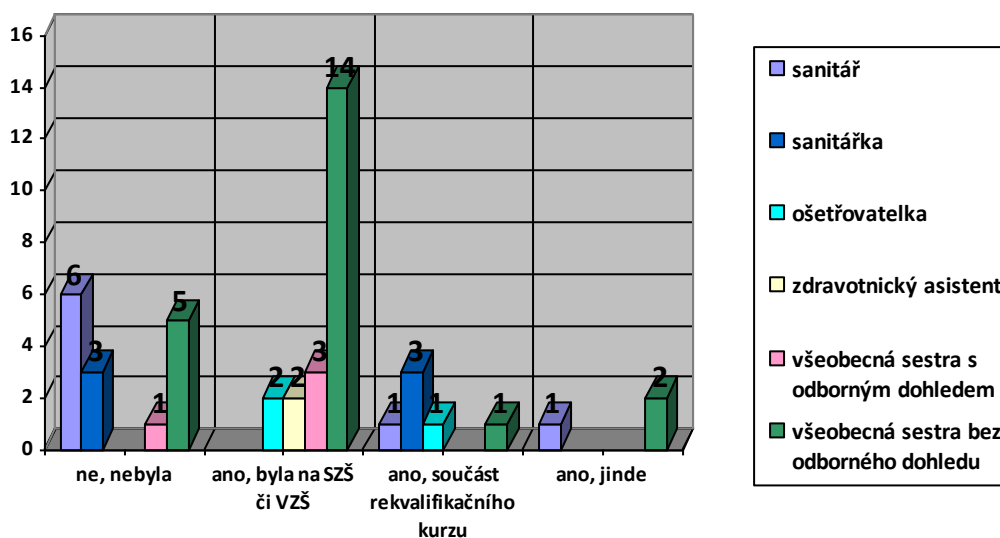
Nejčastější odpovědí byla odpověď b) 4 – 8 let, takto odpovědělo 15 respondentů, což je 33,3%.

Otázka č. 4 „*Jakou pozici v současném zaměstnání zastáváte?*“

Nejvíce respondentů 22 (48,9%) zastává pozici všeobecné sestry bez odborného dohledu, nejméně je mezi respondenty zastoupena pozice zdravotního asistenta, pouze 2 (4,4%).

Tabulka 5 Výuka komunikace, součást přípravy na povolání

pozice / výuka komunikace (jako součást přípravy na povolání)	ne, nebyla	ano, byla na SZŠ či VZŠ	ano, součást rekvalifikačního kurzu	ano, jinde
sanitář	6 (13,3%)	0	1 (2,2%)	1 (2,2%)
sanitářka	3 (6,7%)	0	3 (6,7%)	0
ošetřovatelka	0	2 (4,4%)	1 (2,2%)	0
zdravotnický asistent	0	2 (4,4%)	0	0
všeobecná sestra s odborným dohledem	1 (2,2%)	3 (6,7%)	0	0
všeobecná sestra bez odborného dohledu	5 (11,1%)	14 (31,1%)	1 (2,2%)	2 (4,4%)
celkem	15 (33,3%)	21 (46,7%)	6 (13,3%)	3 (6,7%)



Graf 3 Výuka komunikace, součást přípravy na povolání
Komentář:

Otázka č. 5 „ Byla součástí přípravy na vaše povolání zdravotníka i výuka komunikace?“

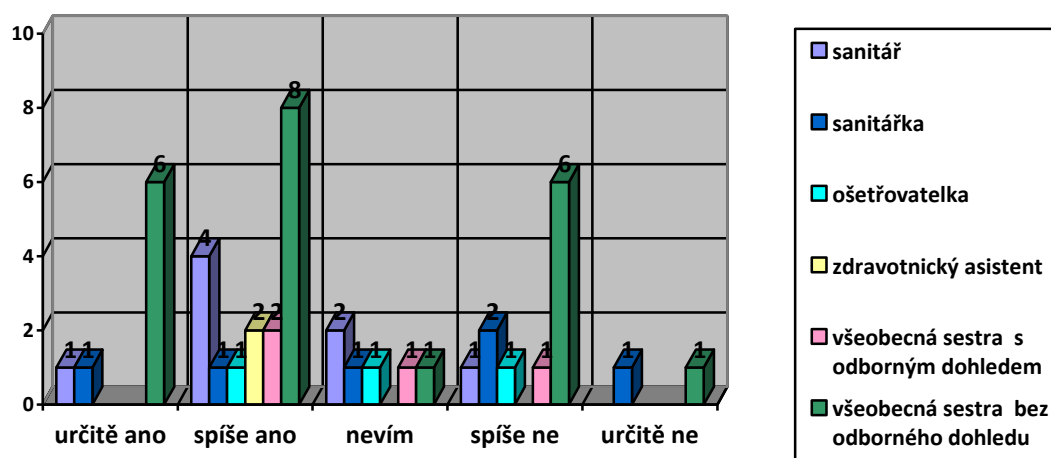
Na tuto otázku respondenti v 30 (66,7%) případech odpověděli, že ano. 21 (46,7%) respondentů mělo komunikaci na střední či vyšší zdravotnické škole - jde o 17 sester,

2 zdravotnické asistenty, 2 ošetřovatelky. 6 respondentů uvádí komunikaci jako součást rekvalifikačního kurzu – jde o 1 sanitáře, 3 sanitářky, 1 ošetřovatelku a 1 sestru.

Celá jedna třetina respondentů 15 (33,3%) uvádí, že výuku komunikace neměli. Jde převážně o 9 (20,0%) sanitářů a 6 (13,3%) sester.

Tabulka 6 Připravenost na profesionální komunikaci

pozice / připravenost na profesionální komunikaci	určitě ano	spíše ano	nevím	spíše ne	určitě ne
sanitář	1 (2,2%)	4 (8,9%)	2 (4,4%)	1 (2,2%)	0
sanitářka	1 (2,2%)	1 (2,2%)	1 (2,2%)	2 (4,4%)	1 (2,2%)
ošetřovatelka	0	1 (2,2%)	1 (2,2%)	1 (2,2%)	0
zdravotnický asistent	0	2 (4,4%)	0	0	0
všeobecná sestra s odborným dohledem	0	2 (4,4%)	1 (2,2%)	1 (2,2%)	0
všeobecná sestra bez odborného dohledu	6 (13,3%)	8 (17,8%)	1 (2,2%)	6 (13,3%)	1 (2,2%)
celkem	8 (17,8%)	18 (40%)	6 (13,3%)	11 (24,4%)	2 (4,4%)



Graf 4 Připravenost na profesionální komunikaci

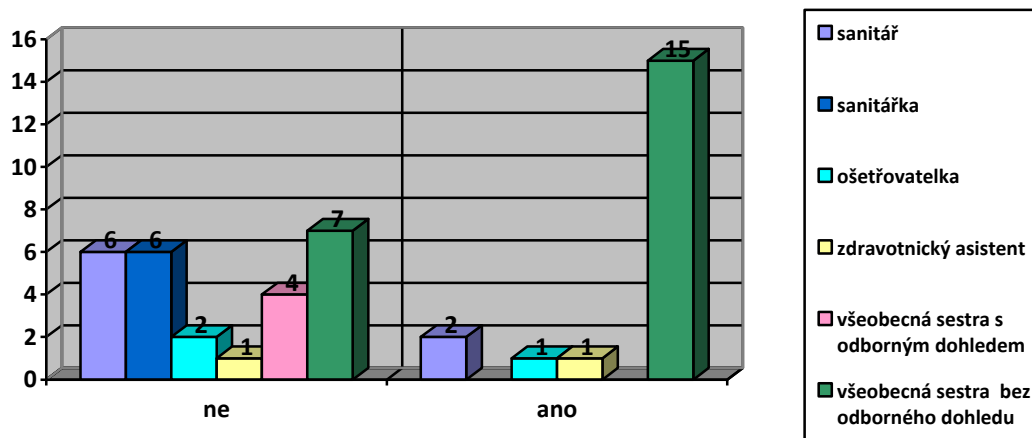
Komentář:

Otázka č. 6 „Myslíte si, že vás studium řádně připravilo na profesionální komunikaci?“

26 (57,8%) respondentů si myslí, že je studium řádně připravilo na profesionální komunikaci. 6 (13,3%) respondentů neví a 13 (28,9%) respondentů si myslí, že řádně připraveni nebyli.

Tabulka 7 Účast na kurzu komunikace

účast na kurzu komunikace (minulá)	ne	ano
sanitář	6 (13,3%)	2 (4,4%)
sanitářka	6 (13,3%)	0
ošetřovatelka	2 (4,4%)	1 (2,2%)
zdravotnický asistent	1 (2,2%)	1 (2,2%)
všeobecná sestra s odborným dohledem	4 (8,9%)	0
všeobecná sestra bez odborného dohledu	7 (15,6%)	15 (33,3%)
celkem	26 (57,8%)	19 (42,2%)



Graf 5 Účast na kurzu komunikace

Komentář:

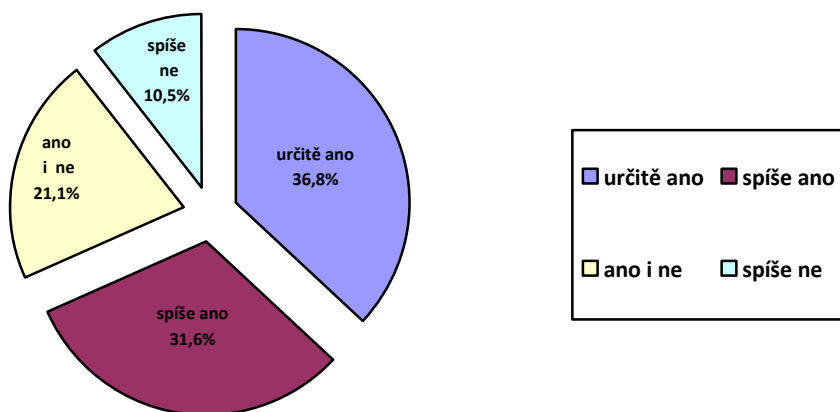
Otázka č. 7 „Zúčastnil/a jste se nějakého kurzu či semináře se zaměřením na komunikaci?“

Odpověď ne zvolilo 26 (57,8%) respondentů. Tuto skupinu tvoří 6 sanitářů, 6 sanitářek a mimo jiné i třetina sester 7.

Ano odpovědělo 19 (42,2%) respondentů, z nichž 15 byly sestry.

Tabulka 8 Přínos absolvovaného kurzu pro praxi

přínos pro praxi	určitě ano	spíše ano	ano i ne	spíše ne	určitě ne
všichni co se zúčastnili kurzu komunikace 19 (100%)	7 (36,8%)	6 (31,6%)	4 (21,1%)	2 (10,5%)	0



Graf 6 Přínos absolvovaného kurzu pro praxi

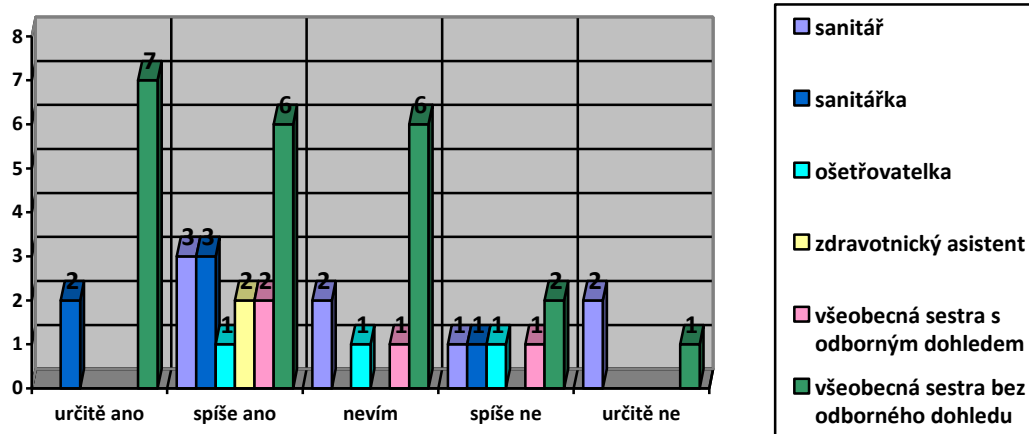
Komentář:

Otázka č. 8 „Pokud ano (v otázce č. 7), pocítil/a jste přínos pro praxi?“

Z 19 (100%) respondentů, kteří se zúčastnili nějakého kurzu komunikace, odpovědělo „určitě ano“ 7 (36,8%) respondentů a „spíše ano“ 6 (31,6%) respondentů. Odpověď ano i ne zvolili 4 (21,1%) respondenti a odpověď spíše ne jen 2 (10,5%). Nikdo nezvolil možnost určitě ne.

Tabulka 9 Pravděpodobnost účasti na kurzu komunikace

pozice / účast na kurzu (v budoucnu)	určitě ano	spíše ano	nevím	spíše ne	určitě ne
sanitář	0	3 (6,7%)	2 (4,4%)	1 (2,2%)	2 (4,4%)
sanitářka	2 (4,4%)	3 (6,7%)	0	1 (2,2%)	0
ošetřovatelka	0	1 (2,2%)	1 (2,2%)	1 (2,2%)	0
zdravotnický asistent	0	2 (4,4%)	0	0	0
všeobecná sestra s odborným dohledem	0	2 (4,4%)	1 (2,2%)	1 (2,2%)	0
všeobecná sestra bez odborného dohledu	7 (15,6%)	6 (13,3%)	6 (13,3%)	2 (4,4%)	1 (2,2%)
celkem	9 (20,0%)	17 (37,8%)	10 (22,2%)	6 (13,3%)	3 (6,7%)



Graf 7 Pravděpodobnost účasti na kurzu komunikace

Komentář:

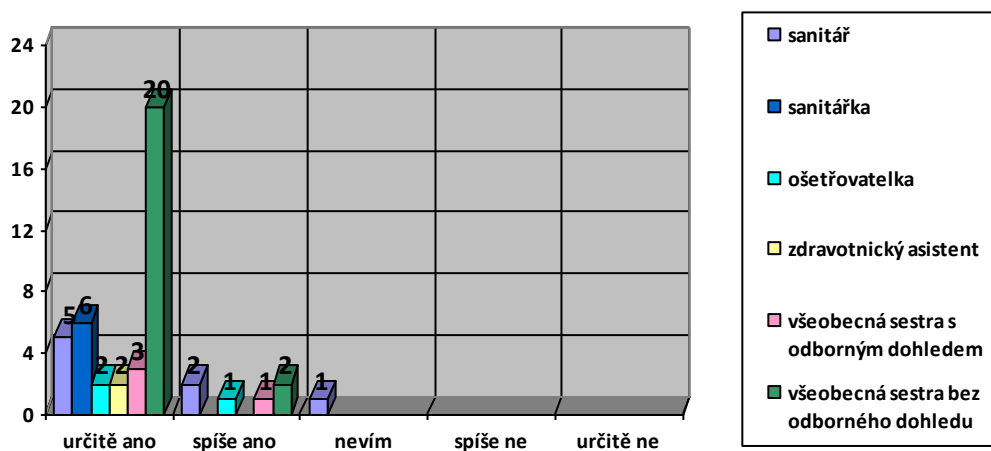
Otázka č. 9 „Zúčastnil/a byste se nějaké (další) výuky komunikace?“

Celkem 26 (57,8%) respondentů by se nějakého kurzu komunikace zúčastnilo.

10 (22,2%) jich není rozhodnuto a spíše nebo určitě ne odpovědělo 9 (20,0%) respondentů.

Tabulka 10 Důležitost verbální komunikace

pozice / důležitost verbální komunikace	určitě ano	spíše ano	nevím	spíše ne	určitě ne
sanitář	5 (11,1%)	2 (4,4%)	1 (2,2%)	0	0
sanitářka	6 (13,3%)	0	0	0	0
ošetřovatelka	2 (4,4%)	1 (2,2%)	0	0	0
zdravotnický asistent	2 (4,4%)	0	0	0	0
všeobecná sestra s odborným dohledem	3 (6,7%)	1 (2,2%)	0	0	0
všeobecná sestra bez odborného dohledu	20 (44,4%)	2 (4,4%)	0	0	0
celkem	38 (84,4%)	6 (13,3%)	1 (2,2%)	0	0



Graf 8 Důležitost verbální komunikace

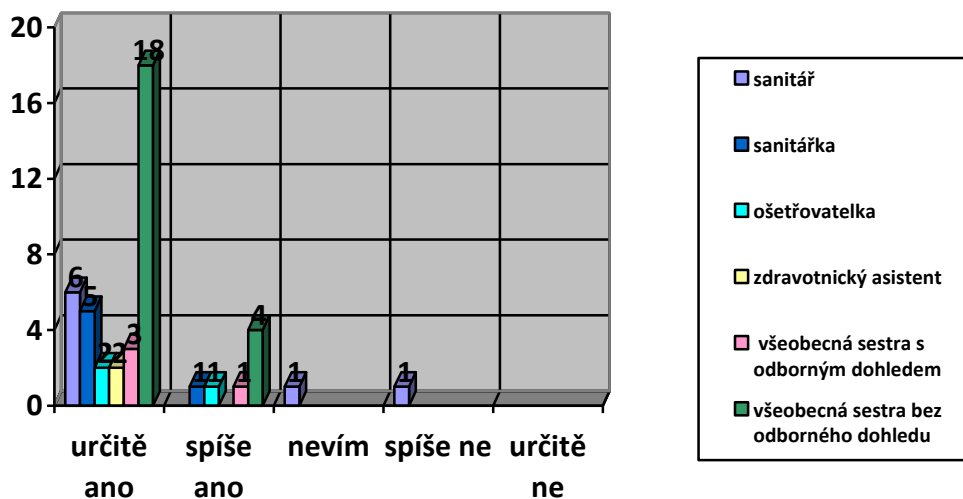
Komentář:

Otázka č. 10 „Myslíte si, že je znalost verbální komunikace (předávání informací pomocí slov či znaků) pro výkon povolání zdravotníka důležitá?“

Téměř všichni respondenti 44 (97,8%) považují znalosti verbální komunikace pro zdravotníka za důležité. Pouze jeden z dotazovaných odpověděl, že neví.

Tabulka 11 Důležitost neverbální komunikace

pozice / důležitost neverbální komunikace	určitě ano	spíše ano	nevím	spíše ne	určitě ne
sanitář	6 (13,3%)	0	1 (2,2%)	1 (2,2%)	0
sanitářka	5 (11,1%)	1 (2,2%)	0	0	0
ošetřovatelka	2 (4,4%)	1 (2,2%)	0	0	0
zdravotnický asistent	2 (4,4%)	0	0	0	0
všeobecná sestra s odborným dohledem	3 (6,7%)	1 (2,2%)	0	0	0
všeobecná sestra bez odborného dohledu	18 (40,0%)	4 (8,9%)	0	0	0
celkem	36 (80,0%)	7 (15,6%)	1 (2,2%)	1 (2,2%)	0



Graf 9 Důležitost neverbální komunikace

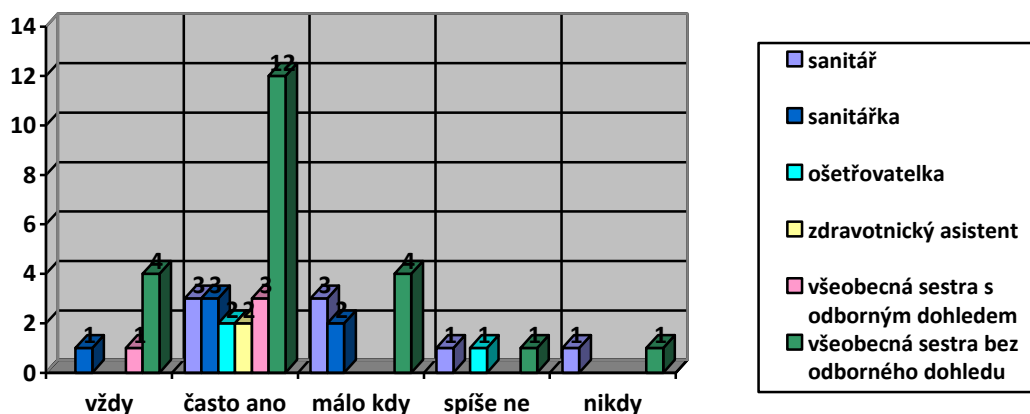
Komentář:

Otázka č. 11 „Myslíte si, že je znalost neverbální komunikace (dorozumívání se beze slov, postoje, výraz tváře, doteky, mimika aj.) pro výkon povolání zdravotníka důležitá?“

43 (95,6%) respondentů si myslí, že je znalost neverbální komunikace pro zdravotníky důležitá. Jeden neví a jeden si myslí, že důležitá spíše není.

Tabulka 12 Uvědomění si postoje při komunikaci

pozice / postoj při komunikaci	vždy	často ano	málokdy	spíše ne	nikdy
sanitář	0	3 (6,7%)	3 (6,7%)	1 (2,2%)	1 (2,2%)
sanitářka	1 (2,2%)	3 (6,7%)	2 (4,4%)	0	0
ošetřovatelka	0	2 (4,4%)	0	1 (2,2%)	0
zdravotnický asistent	0	2 (4,4%)	0	0	0
všeobecná sestra s odborným dohledem	1 (2,2%)	3 (6,7%)	0	0	0
všeobecná sestra bez odborného dohledu	4 (8,9%)	12 (26,7%)	4 (8,9%)	1 (2,2%)	1 (2,2%)
celkem	6 (13,3%)	25 (55,6%)	9 (20,0%)	3 (6,7%)	2 (4,4%)



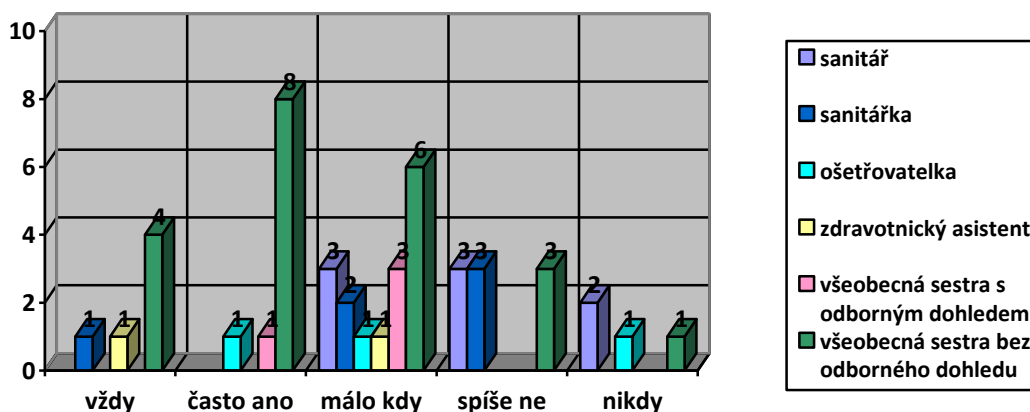
Graf 10 Uvědomění si postoje při komunikaci

Komentář:

Otázka č. 12 „Uvědomujete si, jak při komunikaci s pacientem stojíte? (např. poloha vašich končetin, zda stojíte k pacientovi čelem, jak od něj jste daleko a jiné)“ 31 (68,9%) respondentů si svůj postoj při komunikaci s pacientem uvědomuje, z toho 6 respondentů dokonce uvádí, že vždy. Málokdy si svůj postoj uvědomuje 9 (20,0%) respondentů a spíše ne, nebo nikdy uvedlo respondentů 5 (11,1%).

Tabulka 13 Představení se pacientovi

pozice / představení se	vždy	často ano	málokdy	spíše ne	nikdy
sanitář	0	0	3 (6,7%)	3 (6,7%)	2 (4,4%)
sanitářka	1 (2,2%)	0	2 (4,4%)	3 (6,7%)	0
ošetřovatelka	0	1 (2,2%)	1 (2,2%)	0	1 (2,2%)
zdravotnický asistent	1 (2,2%)	0	1 (2,2%)	0	0
všeobecná sestra s odborným dohledem	0	1 (2,2%)	3 (6,7%)	0	0
všeobecná sestra bez odborného dohledu	4 (8,9%)	8 (17,8%)	6 (13,3%)	3 (6,7%)	1 (2,2%)
celkem	6 (13,3%)	10 (22,2%)	16 (35,6%)	9 (20,0%)	4 (8,9%)



Graf 11 Představení se pacientovi

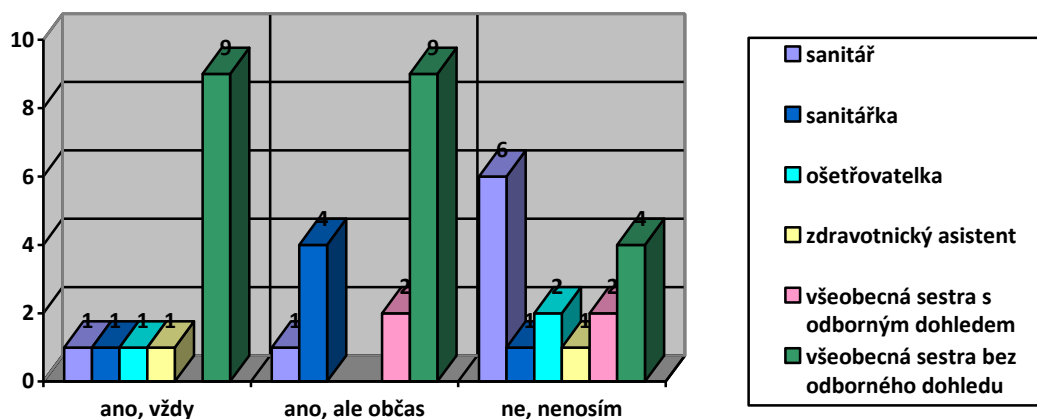
Komentář:

Otázka č. 13 „Při prvním kontaktu s pacientem se představíte?“

16 (35,6%) respondentů uvedlo, že se při prvním kontaktu s pacientem představí, z toho pouhých 6 (13,3%) respondentů uvedlo, že vždy. Šlo v jednom případě o sanitářku, jedenkrát o zdravotnického asistenta a o čtyři sestry. Málokdy se představí 16 (35,6%) respondentů a spíše ne či nikdy uvedlo 13 respondentů (28,9%).

Tabulka 14 Nošení vizitek

pozice / vizitka	ano, vždy	ano, ale jen občas	ne, nenosím
sanitář	1 (2,2%)	1 (2,2%)	6 (13,3%)
sanitářka	1 (2,2%)	4 (8,9%)	1 (2,2%)
ošetřovatelka	1 (2,2%)	0	2 (4,4%)
zdravotnický asistent	1 (2,2%)	0	1 (2,2%)
všeobecná sestra s odborným dohledem	0	2 (4,4%)	2 (4,4%)
všeobecná sestra bez odborného dohledu	9 (20,0%)	9 (20,0%)	4 (8,9%)
celkem	13 (28,9%)	16 (35,6%)	16 (35,6%)



Graf 12 Nošení vizitek

Komentář:

Otázka č. 14 „Nosíte vizitku s vaším jménem a pracovním zařízením?“

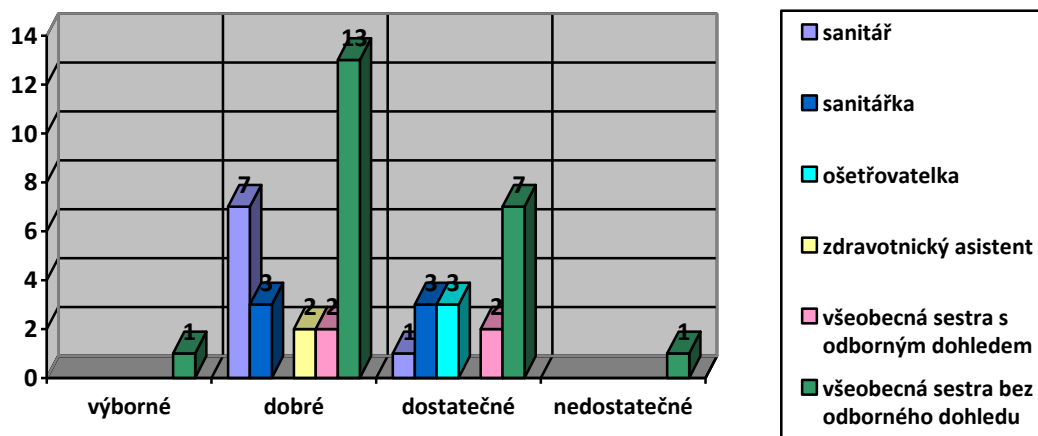
Odpověď „ano, vždy“ zvolilo 13 (28,9%) respondentů, z toho 9 (20,0%) všeobecných sester. Stejný počet tedy 9 (20,0%) sester odpovědělo, že vizitku nosí občas. Celkem tuto odpověď zvolilo 16 (35,6%) respondentů. Zbýlých 16 (35,6%) respondentů odpovědělo, že vizitku nenosí vůbec.

Otázka č. 15 „*V případě, že máte důvod, proč vizitku nosíte málo nebo vůbec uveďte ho zde:*“

Tuto možnost využilo 23 (51,1%) respondentů. 3 respondenti uvádějí, že zapomínají, z toho jeden to nazývá dokonce nedbalostí. 1 respondent tvrdí, že ji nemá a 1 respondent jako důvod uvádí zkušební dobu. Většina z těch, co využili možnost odpovědi, tedy 18 respondentů se shoduje v tom, že jim vizitka vadí při práci. Uvádějí, že je tvrdá a má ostré hrany, proto může dojít k poranění zdravotníka či pacienta. Několik respondentů ještě přidává nevhodné umístění a možnou ztrátu.

Tabulka 15 Osobní znalosti verbální komunikace

pozice /osobní znalosti verbální komunikace	výborné	dobré	dostatečné	nedostatečné
sanitář	0	7 (15,6%)	1 (2,2%)	0
sanitářka	0	3 (6,7%)	3 (6,7%)	0
ošetřovatelka	0	0	3 (6,7%)	0
zdravotnický asistent	0	2 (4,4%)	0	0
všeobecná sestra s odborným dohledem	0	2 (4,4%)	2 (4,4%)	0
všeobecná sestra bez odborného dohledu	1 (2,2%)	13 (28,9%)	7 (15,6%)	1 (2,2%)
celkem	1 (2,2%)	27 (60,0%)	16 (35,6%)	1 (2,2%)



Graf 13 Osobní znalosti verbální komunikace

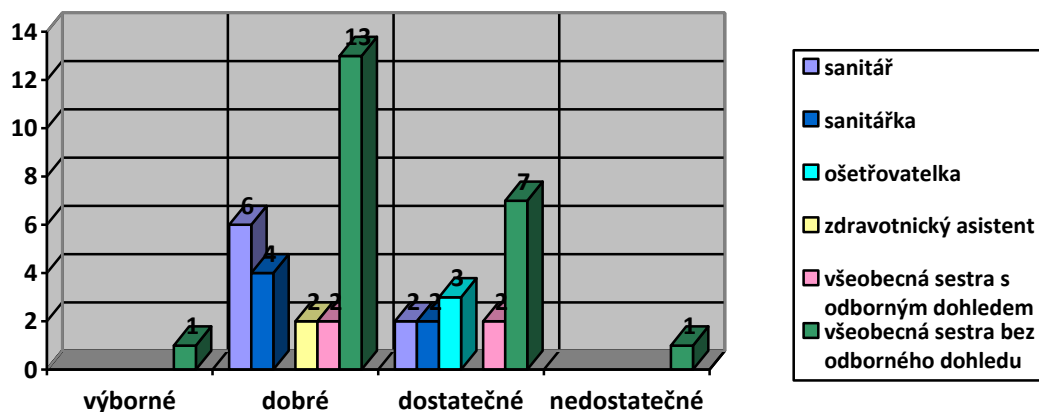
Komentář:

Otázka č. 16 „*Jaké jsou podle vás vaše znalosti verbální komunikace?*“

Za výborné má své znalosti pouze 1 všeobecná sestra. Většina respondentů 27 (60,0%) své znalosti verbální komunikace hodnotí jako dobré. 16 (35,6%) respondentů považuje své znalosti verbální komunikace za dostatečné. A 1 všeobecná sestra uvedla, že její znalosti jsou nedostatečné.

Tabulka 16 Osobní znalosti neverbální komunikace

pozice /osobní znalosti neverbální komunikace	výborné	dobré	dostatečné	nedostatečné
sanitář	0	6 (13,3%)	2 (4,4%)	0
sanitářka	0	4 (8,9%)	2 (4,4%)	0
ošetřovatelka	0	0	3 (6,7%)	0
zdravotnický asistent	0	2 (4,4%)	0	0
všeobecná sestra s odborným dohledem	0	2 (4,4%)	2 (4,4%)	0
všeobecná sestra bez odborného dohledu	1 (2,2%)	13 (28,9%)	7 (15,6%)	1 (2,2%)
celkem	1 (2,2%)	27 (60,0%)	16 (35,6%)	1 (2,2%)



Graf 14 Osobní znalosti neverbální komunikace

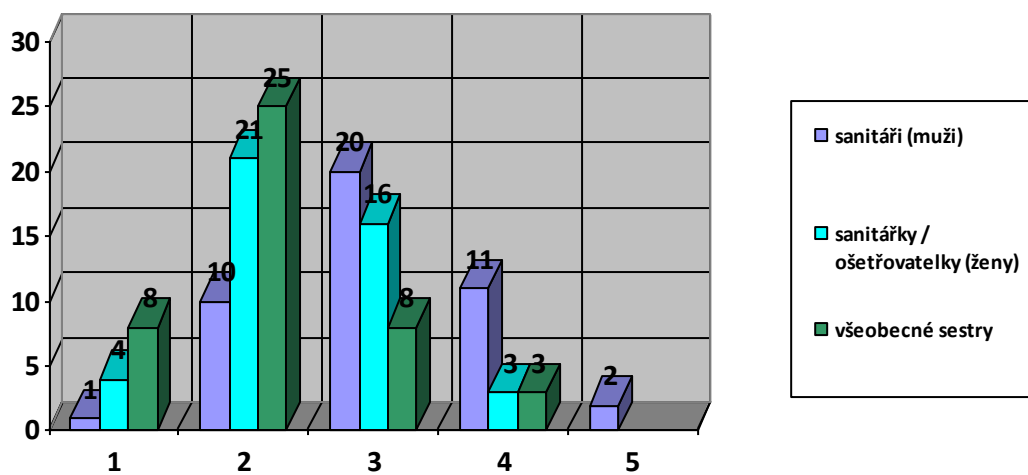
Komentář:

Otázka č. 17 „*Jaké jsou podle vás vaše znalosti neverbální komunikace?*“

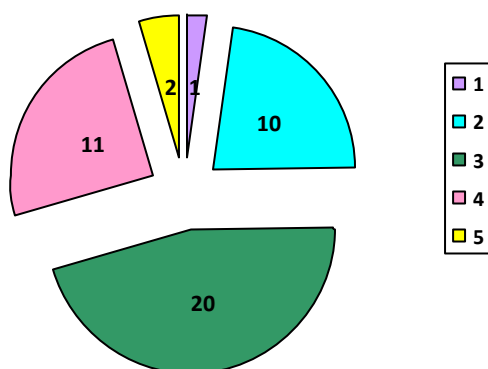
Respondenti u této otázky uvedli shodné odpovědi jako u otázky předchozí. Lze tedy konstatovat, že všichni respondenti si myslí, že je stejná jejich úroveň znalostí jak u verbální tak u neverbální komunikace.

Tabulka 17 Hodnocení kolegů

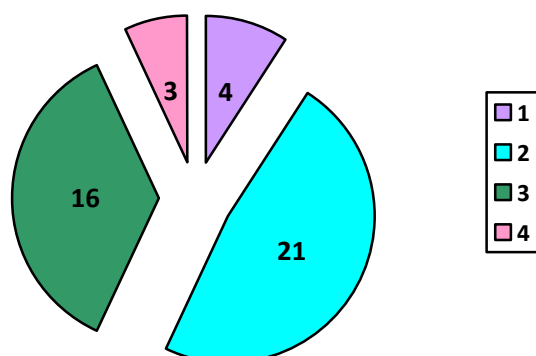
	1	2	3	4	5
sanitáři (muži)	1 (2,3%)	10 (22,7%)	20 (45,5%)	11 (25,0%)	2 (4,5%)
sanitářky / ošetřovatelky (ženy)	4 (9,1%)	21 (47,7%)	16 (36,4%)	3 (6,8%)	0
všeobecné sestry	8 (18,2%)	25 (56,8%)	8 (18,2%)	3 (6,8%)	0



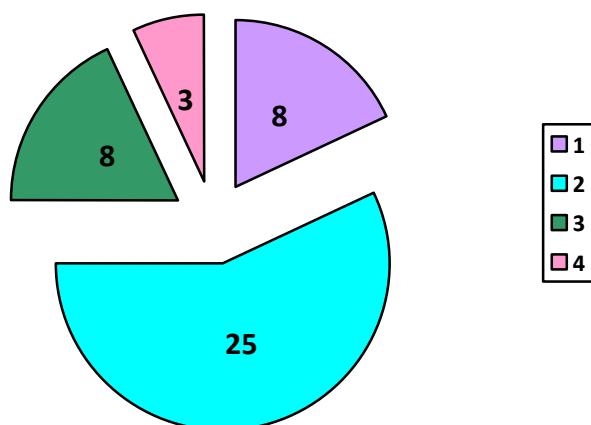
Graf 15 Hodnocení kolegů



Graf 16 Hodnocení sanitářů



Graf 17 Hodnocení sanitářek a ošetřovatelek



Graf 18 Hodnocení sester

Komentář:

Otázka č. 18 „*Jak si myslíte, že jsou na tom vaši kolegové se znalostmi komunikace? (označte křížkem 1 je nejlepší a 5 nejhorší)*“

Na tuto otázku odpovědělo 44 respondentů, což je v této otázce bráno za 100%. Jeden respondent odmítl na tuto otázku odpovědět s odůvodněním, že mu nepřísluší hodnotit kolegy.

Hodnocení lze přirovnat slovnímu hodnocení známek na základní škole.

1	2	3	4	5
výborně	chvalitebně	dobře	dostatečně	nedostatečně

Sanitáři (muži): Průměrná známka – 3,1

20 (45,5%) respondentů se domnívá, že znalosti sanitářů odpovídají stupni dobře. Chvalitebně je hodnotilo 10 (22,7%) respondentů a dostatečně 11 (25,0%) respondentů.

Sanitářky / ošetřovatelky (ženy): Průměrná známka – 2,4

21 (47,7%) respondentů ohodnotilo znalosti komunikace sanitářek a ošetřovatelek chvalitebně. 16 (36,4%) respondentů pak známkou dobře a žádný z respondentů neuvedl známku nedostatečně.

Všeobecné sestry: Průměrná známka – 2,1

25 (56,8%) respondentů hodnotilo znalosti sester známkou chvalitebně. 8 (18,2%) respondentů známkou výborně a 8 (18,2%) známkou dobře. Stejně jako u sanitářek a ošetřovatelek nikdo nepoužil stupeň nedostatečně.

6 Diskuse

Výzkumné šetření probíhalo na mém domovském pracovišti v Poličské nemocnici, s.r.o., kde pracuji jako všeobecná sestra od září 2007. Prostředí, kde výzkum probíhal, je mi tedy dobře známé.

Cílem této práce bylo porovnat znalosti komunikace mezi nelékařskými zdravotnickými pracovníky s přihlédnutím na jejich pracovní zařazení. Tento cíl jsem si zvolila na základě vypořizovaných rozdílů v komunikaci mezi jednotlivými skupinami nelékařských zdravotnických pracovníků. A zajímalo mě, zda i výzkum potvrdí rozdíly mezi výše zmiňovanými skupinami a zda vysvětlí, proč tomu tak je.

Komunikace je velmi častým cílem výzkumného šetření. Kvalifikační závěrečnou práci, která by měla totožný nebo podobný cíl, jako moje výzkumné šetření, jsem nenašla.

Rozdala jsem celkem 65 dotazníků. Tento počet byl maximální možný. Byl dán počtem osob, které splňují kritérium tohoto výzkumného šetření. Hlavním a jediným kritériem byl pracovní poměr na pozici buď sanitář/ka, ošetrovatel/ka, zdravotnický asistent nebo všeobecná sestra a to v Poličské nemocnici, s.r.o. v Poličce. Během tří týdnů jsem vybrala 47 vyplněných dotazníků. Návratnost tedy byla 72%. Dva dotazníky jsem musela pro neúplnost ve vyplnění vyřadit. Celkem ke zpracování zůstalo 45 dotazníků, které jsou brány jako 100%.

První dvě otázky v dotazníku zjišťovaly věk a pohlaví respondentů. Výzkumného šetření se zúčastnilo 37 žen a 8 mužů. Všichni muži pracují na pozici sanitář. Průměrný věk respondentů je 40 let. Nejmladší je žena 20 let zastávající pozici zdravotnického asistenta. Nejstarší z respondentů byly hned tři ženy ve věku 60 let (všeobecná sestra, ošetrovatelka a sanitářka). Nejstarší muž má 45 let. Pro jednodušší zpracování jsem respondenty rozdělila do čtyř skupin (viz Tabulka 3 Věk respondentů). Vzhledem k tomu, že téměř polovina (48,9%) respondentů je ve věku 31 – 40 let a pouhých 8 žen je starší 50 let, není v tomto výzkum k věku respondentů dále přihlíženo. Můžu zde uvést pouze domněnku: V léčebně dlouhodobě nemocných pracují převážně lidé kolem 40 let věku. Což je s největší pravděpodobností dáno tím, že v tomto věku ještě mají dostatek fyzických sil, aby zvládli manipulaci s těžkými pacienty a navíc už dostatek životních zkušeností, aby se s psychicky namáhavou prací dokázali vyrovnat.

Z odpovědí na otázku č. 3: „*Jak dlouho pracujete v léčebně dlouhodobě nemocných?*“, jsem zjistila, že 15 respondentů (33,3%) pracuje v léčebně v rozmezí 4 – 8 let.

13 respondentů (28,9%) je zde zaměstnáno 8 – 12 let a možnost 0 – 4 roky zaškrtno 11 respondentů. Průměrná délka pracovního poměru⁶² v léčebně pro všechny skupiny respondentů je 7,2 roku. U mužů je tento průměr ještě o trochu vyšší, činí rovný 9 let.

Otázka č. 4: „*Jakou pozici v současném zaměstnání zastáváte?*“, byla pro celé výzkumné šetření klíčová, protože rozdělila respondenty do skupin. Tyto skupiny jsou v celém výzkumném šetření mezi sebou porovnávány. Nejčetnější skupinou jsou všeobecné sestry pracující bez odborného dohledu (22, 48,9%). Nejmenší skupinou jsou pouze 2 (4,4%) zdravotní asistenti (ženy). Pro účely tohoto výzkumu lze sloučit asistentky s všeobecnými sestrami pracujícími pod odborným dohledem (4, 8,9%). Na pozici sanitář/ka pracuje 14 (31,1%) respondentů, z toho 8 mužů a 6 žen. Pro podobnost v náplni práce⁶³ byli respondenti rozděleni do čtyř skupin a to takto:

- 1) všeobecné sestry bez odborného dohledu (22, 48,9%)
- 2) zdravotnický asistent a všeobecná sestra s odborným dohledem (6, 13,3%)
- 3) ošetrovatelka a sanitářka (9, 20%)
- 4) sanitáři (8, 17,8%)

Toto rozdělení se mi zdálo jako nejideálnější. Všechny čtyři skupiny jsem se pokusila v tomto výzkumném šetření porovnat i přesto, že počet respondentů v první skupině je oproti ostatním skupinám více jak dvojnásobný.

Cíl č. 1: Zjistit, co si zdravotník myslí o důležitosti komunikace pro výkon jeho povolání. K tomuto cíli se vztahují otázky č. 10 a č. 11. Otázka č. 10: „*Myslíte si, že je znalost verbální komunikace (předávání informací pomocí slov či znaků) pro výkon povolání zdravotníka důležitá?*“ Téměř všichni respondenti (44, 97,8%) odpověděli, že je znalost verbální komunikace pro výkon zdravotníka důležitá. Dokonce 38 (84,4%) respondentů zaškrtno možnost určitě ano. Pouze jeden muž uvedl, že neví.

Otázka č. 11: „*Myslíte si, že je znalost neverbální komunikace (dorozumívání se beze slov, postoje, výraz tváře, doteky, mimika aj.) pro výkon povolání zdravotníka důležitá?*“. Respondenti i v této otázce převážně odpovídali, že je znalost komunikace určitě důležitá. Tuto možnost zvolilo 36 (80,0%) respondentů a 7 (15,6%) respondentů odpovědělo spíše ano. Lze tedy říci, že většina 95,6% z dotázaných zdravotníků si uvědomuje důležitost i u neverbální komunikace. Stejně jako u otázky č. 10 i zde jeden z mužů odpověděl, že neví, avšak tentokrát to byl jiný sanitář. Ten, co v otázce č. 10 odpověděl „nevím“,

⁶²Stanovila jsem výchozí střed v každé z možných odpovědí takto: a) 2 roky, b) 6 let c) 10 let d) 14 let. Každý z těchto středů jsem vynásobila počtem respondentů, kteří tuto možnost zvolili, a součet jsem pak vydělila celkovým počtem respondentů.

⁶³ Příloha 4, 5, 6

zde uvádí spíše ne. Byl tak ovšem jediný ze všech (2,2%). Výzkumné šetření tedy ukázalo, že téměř všichni zdravotníci, až na jedinou výjimku, se shodují v tom, že je znalost komunikace (verbální i neverbální) důležitá pro výkon povolání zdravotníka. Tato povědomost důležitosti je jedním ze základních kamenů pro případnou další výuku komunikace. Cíl č. 1 byl splněn.

Cíl č. 2: Zjistit, zda byla součástí přípravy na povolání zdravotníka výuka komunikace. K tomuto cíli se vztahuje otázka č. 5: „*Byla součástí přípravy na vaše povolání zdravotníka i výuka komunikace?*“ 66,7% respondentů uvádí, že nějakou výuku komunikace měli. Mezi tyto respondenty patří více jak polovina všech sester (46,7%), ty prošly výukou komunikace na střední či vyšší zdravotnické škole. Konkrétně šlo o 5 sester z 2. skupiny (83,3%) a 14 sester z 1. skupiny (63,6%). V rámci rekvalifikačního kurzu mělo výuku 6 respondentů. Poslední možnou odpovědí byla možnost: ano, jinde uveďte kde. Tuto možnost zvolily dvě sestry a udaly shodně pomaturitní specializaci. Kromě toho i jeden sanitář, který neuvedl konkrétně, o co šlo. Při srovnávání jednotlivých skupin zdravotníků nejhůře dopadli sanitáři. 75% z nich (6 z 8), dle jejich slov výuku komunikace nikdy neměli. I když v učebním plánu pro sanitáře⁶⁴ je předmět s názvem Základní zdravotnická psychologie, etika a komunikace v rozsahu 12 vyučovacích hodin. Lze se spíše domnívat, že si sanitáři tento předmět vůbec nepamatují. Stejně tak jsou na tom 3 sanitářky. Což je 33,3% z třetí skupiny zdravotníků, tedy celá jedna třetina. Z 2. skupiny pouze 1 sestra neměla žádnou výuku. To je z této skupiny 16,6% (1 z 6). U sester z 1. skupiny je procento o trochu větší 22,7% (5 z 22). Komunikace je součástí každé výuky zdravotníků bez ohledu na to, zda jde o sestry, ošetřovatelky či sanitáře a sanitářky. Bohužel rozsah této výuky u rekvalifikačního kurzu není pravděpodobně dostatečně rozsáhlý, aby zanechal u účastníků nějakou povědomost. Určitě také záleží na době, která uplynula od absolvování kurzu. Tuto skutečnost ovšem výzkum nezjišťoval. Cíl č. 2 byl splněn.

Cíl č. 3: Zjistit, zda studium zdravotníky řádně připravilo na profesionální komunikaci. K tomuto cíli se vztahuje otázka č. 6: „*Myslíte si, že vás studium řádně připravilo na profesionální komunikaci?*“ 26 respondentů (57,8%) si myslí, že je studium řádně připravilo na profesionální komunikaci. Mezi tyto respondenty patří 14 sester z 1. skupiny (63,6%), 4 sestry z 2. skupiny (66,6%), 3 sanitářky (33,3%) a 5 sanitářů (62,5%). Všechny skupiny, až na skupinu sanitářek si v nadpoloviční většině myslí, že byli

⁶⁴učební plán rekvalifikačního kurzu sanitář na SZŠ Svitavy

studiem řádně připraveni na profesionální komunikaci. 6 respondentů (13,3%) odpovědělo, že neví a 13 respondentů (28,9%) si myslí, že řádně připraveni nebyli. Cíl č. 3 byl splněn.

Cíl č. 4: Zjistit, zda se zdravotníci zúčastnili další výuky komunikace a zda měla pro ně nějaký přínos pro praxi. K tomuto cíli se vztahují otázky č. 7 a č. 8.

Na otázku č. 7: „*Zúčastnil/a jste se nějakého kurzu či semináře se zaměřením na komunikaci?*“ odpovědělo „ano“ 19 respondentů (42,2%). Z tohoto počtu bylo 15 sester z 1. skupiny. Domnívám se, že je tomu tak, jelikož sestry mají povinnost celoživotního vzdělávání⁶⁵. Je tedy pravděpodobné, že sestry kurz komunikace navštívily právě v rámci celoživotního vzdělávání, aby získaly body a mohly se zaregistrovat či si registraci prodloužit. Ostatní zdravotníci tuto povinnost nemají a tak je nic nenutí dále se (v komunikaci) vzdělávat. 26 respondentů (57,8%) odpovědělo „ne“. Otázka č. 8: „*Pokud ano (v otázce č. 7), pocítil/a jste přínos pro praxi?*“ Z 19 respondentů, kteří nějaký kurz komunikace navštívili, odpovědělo 13 respondentů, že pocítilo přínos pro praxi.

4 respondenti odpověděli „ano i ne“ a „spíše ne“ odpověděli pouze 2 respondenti.

Když za 100% vezmu oněch 19 respondentů, potom 68,4% z nich pocítilo přínos pro praxi zdravotníka. Kurzy komunikace by zajisté byly přínosem i pro ostatní zdravotníky.

Cíl č. 4 byl splněn.

Cíl č. 5: Zjistit, zda by měli zdravotníci zájem o další výuku komunikace.

K tomuto cíli se vztahuje otázka č. 9: „*Zúčastnil/a byste se nějaké (další) výuky komunikace?*“ 26 respondentů (57,8%) by se s velkou pravděpodobností nějaké další výuky komunikace zúčastnilo. Z těchto 26 respondentů je 13 sester z první skupiny, 4 sestry z druhé skupiny, 6 sanitářek a 3 sanitáři. Pro srovnání jednotlivých skupin uvedu procenta respondentů z jednotlivých skupin: sestry 1. skupina 59,1%, sestry 2. skupina 66,6%, sanitářky 3. skupina 66,6% a sanitáři 37,5%. Je zřejmé, že všechny ženské skupiny bez ohledu na pracovní pozici, by se v nadpoloviční většině nějaké výuky rády zúčastnily. „Spíše ne“ uvádí 9 respondentů, jsou to 3 sanitáři (37,5%), 2 sanitářky (22,2%), 1 sestra z 2. skupiny (16,6%) a 3 sestry z 1. skupiny (13,6%). Nikdo z respondentů, což vidím jako pozitivní, nezvolil rezolutní odpověď „určitě ne“. Cíl č. 5 byl splněn.

Cíl č. 6: Zjistit, co si myslí zdravotníci o svých znalostech komunikace.

K tomuto cíli se vztahují otázky č. 16 a č. 17. Otázka č. 16: „*Jaké jsou podle vás vaše znalosti verbální komunikace?*“. Na tuto otázku nejvíce respondentů ((27, 60,0%) odpovědělo, že jejich znalosti verbální komunikace jsou dobré. Při porovnávání skupin

⁶⁵ Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních).

jsem zjistila, že 87,5% sanitářů, 33,3% sanitářek, 66,6% sester z 2. skupiny a 59,1% sester z 1. skupiny považuje své znalosti verbální komunikace za dobré. Za dostatečné považuje své znalosti 16 respondentů: 1 sanitář (12,5%), 6 sanitářek (66,6%), 2 sestry z 2. skupiny (33,3%) a 7 sester z 1. skupiny (31,8%). Pouze jedna sestra z 1. skupiny odpověděla, že její znalosti jsou výborné a jedna sestra z téže skupiny, že její znalosti jsou nedostatečné. Na otázku č. 17: „*Jaké jsou podle vás vaše znalosti neverbální komunikace?*“ odpověděli respondenti téměř stejně jako na otázku č. 16. Jsou mezi nimi jen dva drobné rozdíly. Za prvé, jeden ze sanitářů si myslí, že jeho znalosti verbální komunikace jsou dobré, zatímco neverbální jsou dostatečné. A za druhé jedna ze sanitářek to má právě naopak. Jako lepší se jí zdají být její znalosti v oblasti neverbální komunikace. Když jsem znalosti posoudila souhrnně, vyšlo mi toto: Za dobré považuje své znalosti komunikace 81,3% sanitářů, 38,8% sanitářek, 66,6% sester z 2. skupiny a 59,1% sester z 1. skupiny. Zjistila jsem tedy, že sestry z obou skupin v nadpoloviční většině a sanitáři z více jak tří čtvrtin považují své znalosti za dobré. Pouze sanitářky si z větší části myslí, že jejich znalosti komunikace jsou spíše jen dostatečné. Cíl č. 6 byl splněn.

Cíl č. 7: Zjistit, co si myslí zdravotníci o znalostech komunikace svých spolupracovníků. K tomuto cíli se vztahuje otázka č. 18: „*Jak si myslíte, že jsou na tom vaši kolegové se znalostmi komunikace? (označte křížkem 1 je nejlepší a 5 nejhorší)*“

Zde měli respondenti „oznámkovat“ své kolegy. Jako nejvhodnější se mi zdálo zvolit hodnocení ve stejném rozsahu jako je na základní škole. Myslím, že tuto stupnici všichni respondenti znají a je tedy pro ně snadné v tomto rozsahu hodnotit. Respondenti měli zhodnotit tři skupiny svých kolegů: sanitáře (muže), sanitářky/ ošetřovatelky (ženy) a všeobecné sestry. Zde bohužel nebylo možné rozdělit sestry na dvě skupiny, jako je tomu jinak v celém výzkumném šetření a to z důvodu, že většina zdravotníků rozdíl mezi sestrami nevnímá. Na tuto otázku odmítl jeden z respondentů odpovědět s odůvodněním, že mu nepřísluší hodnotit své kolegy. Proto je zde za 100% bráno 44 respondentů.

Sanitáře hodnotili respondenti nejčastěji známkou 3 a to v 20 případech (45,5%). 11 respondentů (25,0%) je hodnotilo známkou 4 a 2 respondenti (4,5%) udělili dokonce známku nejhorší 5. Pouze jeden z respondentů (2,3%) použil k hodnocení sanitářů známku 1. Tento respondent byla jedna ze sester, která však tuto známku použila u všech třech skupin. Sanitáři získali od svých kolegů v tomto výzkumném šetření průměrnou známku 3,1.

Sanitářky a ošetřovatelky dostali od 21 respondentů (47,7%) známku 2 a od 16 respondentů (36,4%) známku 3. Pouze 4 respondenti (9,1%) hodnotili sanitářky

s ošetrovatelkami známkou 1 a 3 respondenti (6,8%) jim dali známku 4. Známkou 5 neudělil sanitářkám a ošetrovatelkám žádný z respondentů. Sanitářky a ošetrovatelky dostaly od respondentů průměrnou známku 2,4.

Všeobecné sestry byly hodnoceny v 25 případech (56,8%) známkou 2. Známkou 1 a 3 jim udělil stejný počet respondentů – 8 (18,2%). Známkou 4 dostali od 3 respondentů (6,8%). Stejně jako předchozí skupina, ani sestry nedostaly od respondentů nejhorší stupeň tedy známku 5. Průměrnou známkou všeobecných sester je známka 2,1.

Nejlepší znalosti komunikace dle respondentů mají všeobecné sestry, za nimi jsou sanitářky s ošetrovatelkami a nejhůře jsou na tom sanitáři. Cíl č. 7 byl splněn.

Cíl č. 8: Zjistit, zda si zdravotníci uvědomují svůj postoj při komunikaci s pacientem. K tomuto cíli se vztahuje otázka č. 12: „*Uvědomujete si, jak při komunikaci s pacientem stojíte? (např. poloha vašich končetin, zda stojíte k pacientovi čelem, jak od něj jste daleko a jiné)*“ Odpověď „vždy“ nebo „často ano“ zvolilo 31 respondentů (68,9%). Při porovnávání skupin jsem zjistila, že jen 37,5 % sanitářů si uvědomuje svůj postoj při komunikaci s pacientem. Ostatní skupiny jsou na tom lépe: sanitářky 66,6%, sestry z 2. skupiny 100% a sestry z 1. skupiny 72,7%. Málokdy si svůj postoj uvědomuje 9 respondentů (20,0%) – 3 sanitáři (37,5%), 2 sanitářky (22,2%), 4 sestry z 1. skupiny (18,2%). Odpověď „nikdy“ zvolili 2 respondenti (4,4%) – 1 sanitář (12,5%) a 1 sestra (4,5%) z 1. skupiny. Uvědomění si toho, jak člověk při komunikaci stojí, je prvním krokem k tomu, aby své chování ovlivnil. Postoj by měl být shodný s obsahem verbální komunikace, což by ve zdravotnictví mělo platit vždy. Cíl č. 8 byl splněn.

Cíl č. 9: Zjistit, zda zdravotníci nosí vizitky se svým jménem a pracovním zařazením. K tomuto cíli se vztahují otázky č. 14 a č. 15. Na otázku č. 14: „*Nosíte vizitku s vaším jménem a pracovním zařazením?*“, odpovědělo „ano, vždy“ 13 respondentů (28,9%). Z toho 1 sanitář (12,5%), 2 sanitářky (22,2%), 1 sestra z 2. skupiny (16,6%) a 9 sester z 1. skupiny (40,9%). Odpověď „ano, ale jen občas“ zvolilo 16 respondentů (35,6%) – 1 sanitář (12,5%), 4 sanitářky (44,4%), 2 sestry z 2. skupiny (33,3%) a 9 sester z 1. skupiny (40,9%). Odpověď „nikdy“ zvolilo také 16 respondentů (35,6%) – 6 sanitářů (75,0%), 3 sanitářky (33,3%), 3 sestry z 2. skupiny (50,0%), 4 sestry z 1. skupiny (18,2%). Otázka č. 15: „*V případě, že máte důvod, proč vizitku nosíte málo nebo vůbec uveďte ho zde:*“ Tuto možnost využilo 23 (51,1%) respondentů. 3 respondenti uvádějí, že zapomínají, z toho jeden to nazývá dokonce nedbalostí. 1 respondent tvrdí, že ji nemá a 1 respondent jako důvod uvádí zkušební dobu. Většina z těch, co využili možnost odpovědi,

tedy 18 respondentů se shoduje v tom, že jim vizitka vadí při práci. Uvádějí, že je tvrdá a má ostré hrany, proto může dojít k poranění pacienta či zdravotníka. Několik respondentů ještě dodává nevhodné umístění, nebo možnou ztrátu. Sama vizitku nosím, pacient i návštěvy by měli vědět, s kým právě hovoří. Zda mluví se sestrou či sanitářkou a jak se dotyčná jmenuje. Je však pravdou, že již několikrát jsem ji ztratila při manipulaci s pacientem. Co když si jednou nevšimnu, že mi vizitka upadla a ta zůstane pod nepohyblivým pacientem, který nedokáže povědět, že ho něco tlačí? Hned je zvýšené riziko vzniku dekubitů. Zatím se mi to nestalo. Tuto skutečnost u respondentů výzkumné šetření nezjišťovalo. Přesto bych vedení Poličské nemocnice, s.r.o. chtěla požádat o zamyšlení, zda by nebylo možné zajistit jiné, méně nebezpečné vizitky (například nažehlovací). Cíl č. 9 byl splněn.

Cíl č. 10: Zjistit, zda se zdravotníci při prvním setkání s pacientem představí.

K tomuto cíli se vztahuje otázka č. 13: „*Při prvním kontaktu s pacientem se představíte?*“ Je velmi zarážející, že 64,4% respondentů (29) se pacientovi při prvním setkání představí jen málokdy nebo dokonce se nepředstavují nikdy. Odpověď „nikdy“ zvolili 4 respondenti (8,9%) – 2 sanitáři (25,0%), 1 sanitářka (11,1%) a 1 sestra z 1. skupiny (4,5%). 9 respondentů uvádí, že se spíše nepředstaví – 3 sanitáři (37,5%), 3 sanitářky (33,3%), 3 sestry z 1. skupiny (13,6%). Odpověď „málokdy“ zvolilo 16 respondentů (35,6%): 3 sanitáři (37,5%), 3 sanitářky (33,3%), 4 sestry z 2. skupiny (66,6%) a 6 sester z 1. skupiny (27,3%). 16 respondentů (35,6%) zvolilo odpověď „vždy“ či „často ano“: 2 sanitářky (22,2%), 2 sestry z 2. skupiny (33,3%) a 12 sester z 1. skupiny (54,5%). Představení se pacientovi je základ slušného chování. Bohužel, jak vyplývá z výše uvedeného, jen necelá třetina respondentů tak činí. Cíl č. 10 byl splněn.

Hlavním cílem mého výzkumného šetření je porovnat znalosti komunikace u jednotlivých skupin zdravotníků. K tomuto cíli jsem si stanovila hypotézu.

Hypotéza č. 1: Předpokládám, že nejlepší znalosti komunikace budou mít všeobecné sestry a nejhorší znalosti komunikace budou mít sanitáři.

K posouzení, zda moje hypotéza je správná, jsem musela přihlédnout znovu ke všem otázkám a porovnat výsledky souhrnně u každé skupiny zvlášť.

1. skupina – všeobecné sestry bez odborného dohledu (22, 48,9%)

Znalost komunikace je pro všechny sestry z této skupiny důležitá. 14 (63,6%) sester uvedlo, že výuku komunikace měly na SZŠ nebo VZŠ. Jak je tedy vidět, komunikace je běžnou součástí přípravy na povolání všeobecné sestry a to jak na střední tak vyšší zdravotnické škole. Stejný počet sester (14, 63,6%) také uvádí, že je studium řádně připravilo na profesionální komunikaci. Avšak 7 (31,8%) sester míní, že řádně připraveny nebyly. 15 (68,2%) sester také ale uvádí, že se zúčastnily další výuky komunikace na kurzu či semináři. Z nich 10 dokonce uvádí přínos kurzu pro praxi. 13 (59,1%) sester uvedlo, že by se ještě nějakého kurzu komunikace zúčastnilo. Při hodnocení svých znalostí sestry uvedly, že jejich znalosti jsou dobré (13 sester) či dostatečné (7 sester). Odpověď „výborné“ zvolila pouze jedna sestra. To by mohlo znamenat, že si sestry uvědomují mezery v komunikaci, které by bylo možné vyplnit. 16 (72,2%) sester si uvědomuje svůj postoj při komunikaci s pacientem. Vizitku nosí vždy 9 (40,9%) sester a 9 (40,9%) sester ji nosí občas. 8 sester doplnilo, že vizitka má ostré rohy a je pro pacienta či sestru samotnou nebezpečná. Při prvním setkání s pacientem se představí pouze 4 (18,1%) sestry. Často se představí 8 (36,4%) sester a 10 (45,5%) se představí málokdy nebo vůbec.

Většina odpovědí sester vypovídá o celkem dobrých znalostech komunikace. Rezervy však sestry mají, ale k těm i snahu znalosti doplnit. Respondenti hodnotili sestry chvalitebně. Myslím, že toto hodnocení odpovídá i celkovému hodnocení této skupiny.

2. skupina – zdravotnický asistent a všeobecná sestra s odborným dohledem (6, 13,3%)

Tato skupina čítá nejmenší počet respondentů. Odpovědi jsou velmi podobné odpovědím, které uvádějí sestry z 1. skupiny. Rozdíl je pouze u absolvování další výuky komunikace, kde pouze jedna sestra uvedla účast na kurzu i přínos pro praxi. Další výuky by se rády zúčastnily 4 (66,6%) sestry. Postoj při komunikaci s pacientem si uvědomují všechny sestry, z toho jedna dokonce vždy. Vizitku nosí vždy 1 (16,6%) sestra, občas pak 2 (33,3%) sestry a 3 (50%) sestry ji nenosí. Tři sestry uvedly odůvodnění, z toho dvě tvrdí,

že vizitku nemají a jedna, že zapomíná. Při prvním setkání s pacientem se 4 (66,6%) sestry představí málokdy.

Mezi 1. a 2. skupinou není přílišný rozdíl. Při hodnocení respondenty patřily tyto dvě skupiny do jedné. Málokdo z personálu rozlišuje (nebo ví), která sestra je registrovaná a která ne. Chvalitebné hodnocení tedy patří i těmto sestrám.

3. skupina – ošetřovatelka a sanitářka (9, 20%)

Pro tuto skupinu je znalost komunikace rovněž důležitá. Výuku komunikace jako součást přípravy na povolání zdravotníka uvádí 6 (66,6%) sanitářek. 2 (22,2%) z nich tvrdí, že byla součástí výuky na SZŠ a 4 (44,4%) na rekvalifikačním kurzu. Pouze 3 (33,3%) sanitářky si myslí, že je studium řádně připravilo na profesionální komunikaci, 2 (22,2%) neví a 4 (44,4%) řádně připraveny nebyly. Další výuky komunikace se však zúčastnila jen 1 sanitářka. Přínos tohoto kurzu pro praxi hodnotí jako ano i ne. Jako pozitivní lze vzít odpovědi na otázku ohledně zúčastnění se nějakého dalšího kurzu komunikace, kde 6 (66,6%) sanitářek odpovědělo kladně, tedy že by se zúčastnily.

1 (11,1%) sanitářka nebyla rozhodnuta a 2 (22,2%) by se nezúčastnily. Při hodnocení svých znalostí sanitářky uvedly, že jejich znalosti komunikace jsou dobré (verbální – 3x a neverbální – 4x) anebo dostatečné (verbální – 6x a neverbální – 5x). Svůj postoj si při komunikaci s pacientem uvědomuje 6 (66,6%) sanitářek, 2 (22,2%) málokdy a 1 (11,1%) si ho spíše neuvědomuje. Vizitku nosí vždy pouze 2 (22,2%) sanitářky, občas 4 (44,4%) a 3 (33,3%) sanitářky ji nenosí vůbec. Při prvním setkání se pacientovi představí jen 2 (22,2%) sanitářky. 3 (33,3%) se představí málokdy, 3 (33,3%) se spíše nepředstaví a 1 (11,1%) uvedla, že se nepředstaví nikdy.

Souhrnně lze říci, že jsou na tom se znalostmi komunikace sanitářky o něco hůře než sestry z prvních dvou skupin a to v připravenosti na profesionální komunikaci, v uvědomění si postoje při komunikaci, v nošení vizitek i v představení se pacientovi při prvním setkání. Respondenti hodnotili sanitářky průměrnou známkou 2,4. I v tomto případě se k této známce přikláním. Je potřeba pouze dodat, že většina z dotazovaných sanitářek by měla zájem si své znalosti zlepšit formou nějaké další výuky.

4. skupina – sanitáři (8, 17,8%)

Sanitáři jsou jediná skupina, kde se vyskytla výjimka v názoru na důležitost komunikace v práci zdravotníka. 2 (25%) sanitáři uvedli, že neví, zda je komunikace důležitá a jeden tvrdí, že spíše není důležitá. 6 (75%) sanitářů opovědělo, že neměli žádnou výuku komunikace, přesto, že všichni absolvovali sanitářský kurz, kde tato výuka, třebaže v malé míře, ale je. Je velmi zvláštní, že i přesto byli řádně připraveni na profesionální

komunikaci (5 sanitářů, 62,5%). 2 (25%) sanitáři se zúčastnili kurzu komunikace a oba shodně uvedli i přínos pro praxi. V budoucnu by další výuku navštívili 3 (37,5%) sanitáři, 2 (25%) neví a 3 (37,5%) by ji spíše nenavštívili. Svůj postoj si při komunikaci s pacientem uvědomují 3 (37,5%) sanitáři, 3 (37,5%) si ho uvědomují málokdy a 2 (25%) nikdy. Vizitku téměř žádný ze sanitářů nenosí (6, 75%), 1 (12,5%) ji nosí vždy a 1 (12,5%) občas. U představení se pacientovi jsou na tom sanitáři stejně špatně jako s vizitkami. Představí se pouze 3 (37,5%) a to ještě jen málokdy. Další 3 (37,5%) se spíše nepředstaví a 2 (25%) se nepředstaví nikdy.

Sanitáři byli respondenty hodnoceni známkou 3,1, tedy nejhůře ze všech skupin. Osobně bych se spíše přikláněla k hodnocení známkou 4. Důvodů by se našlo více, ale je zarážející, že jsou ve většině případů sanitáři pro pacienty anonymní. Mají oproti nám ženám jedinou výhodu, není jich tolik⁶⁶ a pacienti si je během několikátýdenního pobytu zapamatují podle toho, jak je ostatní personál oslovuje. To je ovšem neomlouvá.

Hlavní cíl byl splněn. Hypotéza č. 1 se tedy potvrdila. Najít ovšem ten pravý důvod je těžké. Mohu se pouze domnívat, že ženy mají k profesi zdravotníka více předpokladů a tak i komunikace s pacientem je pro ně snazší. Na tuto myšlenku mě přivedl fakt, že po absolvování stejného kurzu jsou na tom ženy lépe než muži. To, že nejlepší znalosti komunikace mají sestry, je zajisté dáno mnohem větším rozsahem výuky při přípravě na profesi sestry. Proč by ale měl pacient doplácet na tento jev a v léčebnách se potýkat s neznalostí a neprofesionalitou?

⁶⁶ Na jednom oddělení se střídají během denních služeb maximálně 3.

Závěr

Komunikace je velmi obtížně definovatelný pojem. Bylo o ní napsáno mnohé. V teoretické části této bakalářské práce jsem se pokusila o stručné popsání důležitosti dobrých znalostí komunikace pro nelékařské zdravotnické pracovníky. V kapitole význam komunikace v ošetrovatelské péči je popsán ošetrovatelský proces i všichni jeho účastníci.

Komunikaci lze rozdělit na verbální, neverbální a komunikaci činy. Tyto složky však nelze v komunikačním procesu od sebe oddělit, je to jeden celek. Všichni zdravotníci by měli mít vždy na paměti, že komunikace je nevratný, neopakovatelný a hlavně mezi lidmi nevyhnutelný děj. Komunikaci lze potěšit, posílit, popostrčit, pohladit po těle i po duši. Bohužel jejím prostřednictvím můžeme též ublížit, urazit nebo ponížit. Pacient je ve své nemoci odkázaný na pomoc zdravotníků, zvláště je-li hospitalizovaný. Pacientům většinou nezbyvá, než zdravotníkovi důvěřovat a spoléhat na jeho čestnost a poctivé jednání. Žádný z členů ošetrovatelského týmu by pacientovu důvěru neměl svým chováním ani komunikací zklamat. Jde-li navíc o starého a nemocného člověka, kterého s velkou pravděpodobností čeká dlouhodobá hospitalizace, zde je obzvlášť potřeba citlivý přístup.

Celá tato práce je specificky zaměřena na zdravotníky pracující v léčebně dlouhodobě nemocných. Proto zde nechybí kapitola nazvaná specifika komunikace v léčebně dlouhodobě nemocných. Popisují zde stáří a jev zvaný ageismus – věkovou diskriminaci, který je bohužel ve zdravotnictví velmi častý i mezi zdravotníky. Dále v této kapitole popisují potíže, které přináší dlouhodobá hospitalizace. Dalším specifikem v komunikaci v léčebně dlouhodobě nemocných je častější výskyt pacientů s nějakým postižením, převážně zraku, sluchu či s afázií. Problematickou se může stát i komunikace s pacientem trpícím demencí. I těch se zde vyskytuje mnohem větší počet než v jiných zdravotnických zařízeních.

V empirické části jsem se pokusila zjistit, zda jsou rozdíly v komunikaci mezi jednotlivými skupinami nelékařského zdravotnického personálu. Pro výzkumné šetření jsem si zvolila své domovské pracoviště – Poličskou nemocnici, s.r.o. v Poličce. Toto zařízení působí jako léčebna dlouhodobě nemocných s kapacitou 120 lůžek. Vytvořila jsem si originální dotazník a po schválení jsem ho rozdala na jednotlivá oddělení dle počtu zde působícího nelékařského zdravotnického personálu. Po vybrání dotazníků jsem nejprve rozdělila respondenty do skupin dle jejich pracovní pozice. Hledala jsem mezi skupinami rozdíly. K tomu jsem si stanovila 10 dílčích cílů. Nejvíce mě překvapily odpovědi sanitářů,

kterí se téměř nikdy nepředstaví a nenosí ani vizitky. Jsou tedy pro pacienty anonymní? Musí být pro pacienty dost nepříjemné, přiřítí-li se na pokoj (bez zaklepání) jakýsi muž a hrne se bez velkého vysvětlování pod deku. Svléká pacienta, přebaluje a přitom mluví s ostatním personálem pohybujícím se po pokoji. Nejhorší však na tom je, že si takovýto člověk myslí, že jeho jednání je v pořádku.

Naopak potěšující je, že téměř všichni respondenti si uvědomují důležitost komunikace a 57% respondentů projevilo zájem o další výuku komunikace. Snad by bylo dobré tohoto zájmu využít a uspořádat kurz či seminář zaměřený právě na komunikaci. Dozajista není potřeba naučit se nazpaměť jednotlivé pojmy v komunikaci. Důležitější je praktická ukázka a nácvik složitých situací, se kterými se můžeme jako zdravotníci působící v léčebně dlouhodobě nemocných dennodenně setkávat. Vyzkoušet si na chvíli roli pacienta. Poznat, jaké to je, když si např. nemohu podat ani pití. Myslím si, že by takováto zkušenost mohla vést ke zlepšení komunikace zdravotníků. Už jen to zamyšlení se nad tím, jak komunikuji, samo o sobě vede ke zlepšení.

Tuto skutečnost jsem si ověřila i sama na sobě. Už zvolením tématu mé bakalářské práce jako by se mi otevřely oči. Zaměřila jsem se na svou komunikaci s pacientem. Musím uznat, že díky této práci mnohem více přemýšlím nad svými slovy i činy. „Moji pacienti,“ jak s láskou říkávám, toto určitě ocení. Jejich úsměv a viditelná spokojenost budiž mi odměnou.

Anotace

Autor:	Gabriela Synková
Instituce:	Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové Oddělení ošetrovatelství
Název práce:	Znalosti komunikace u nelékařských zdravotnických pracovníků v léčebně dlouhodobě nemocných
Vedoucí práce:	doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.
Počet stran:	90
Počet příloh:	7
Rok obhajoby:	2013
Klíčová slova:	nelékařský zdravotnický pracovník, komunikace, léčebna dlouhodobě nemocných, stáří

Bakalářská práce pojednává o komunikaci v léčebně dlouhodobě nemocných. Hlavním cílem této práce je zjistit, zda se liší znalosti komunikace mezi nelékařskými zdravotnickými pracovníky s přihlédnutím na jejich pracovní zařazení. Práce je rozdělena na dvě části: teoretickou a empirickou. Teoretická část obsahuje tyto kapitoly: význam komunikace v ošetrovatelské péči, komunikace, specifika komunikace v léčebně dlouhodobě nemocných.

Součástí empirické části je kvantitativní výzkumné šetření zjišťující rozdíly mezi čtyřmi skupinami nelékařských zdravotnických pracovníků. Všichni tito pracovníci jsou zaměstnanci léčebny dlouhodobě nemocných v Poličské nemocnici, s.r.o.

The bachelor thesis deals with the communication in convalescence care department. The main object of this work is to find out whether knowledge of communication among paramedical staff differs with regard to their job title. The thesis is divided into two parts: theoretical and empirical. The theoretical part contains the following chapters: the importance of communication in nursing care, communication, specifics of the communication in convalescence care department.

Quantitative research investigating the differences between four groups of paramedical staff is part of the empirical section. All of them are employees of the convalescence care department in Poličská nemocnice, s.r.o.

Použitá literatura

- 1) DE VITO, Joseph, A. *Základy mezilidské komunikace*. 6. vyd. Přel. Jiří Rezek. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008, 512 s. Přel. z: Essentials of human communication. Pearson Education, 2008, ISBN 978-80-247-2018-0
- 2) JANÁČKOVÁ, Laura a WEISS, Petr. *Komunikace ve zdravotnické péči*. 1.vyd. Praha: Portál s.r.o., 2008, 136 s. ISBN 978-80-7367-477-9
- 3) KALVACH, Zdeněk a ONDERKOVÁ, Alice. *Stáří: Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén. 2006, 44 s. ISBN 80-7262-455-5
- 4) KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Duševní hygiena zdravotní sestry*, 1.vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2004, 80 s. ISBN 80-247-0784-5
- 5) KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2009. 176 s. ISBN 978-80-247-2714-4
- 6) KUTNOHORSKÁ, Jana. *Základy komunikace v ošetrovatelství* Univerzita Palackého v Olomouci. 2009. 76 s.
- 7) *Lemon: učební texty pro sestry a porodní asistentky*. 1.vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně. 1997, 125 s. ISBN 80-7013-238-8
- 8) MIKULÁŠTÍK, Milan. *Komunikační dovednosti v praxi, 2. doplněné a přepracované vydání*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010, 328 s., ISBN 978-80-247-2339-6
- 9) PLEVOVÁ, Ilona. *Ošetrovatelství II*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011, 223 s. ISBN 978-80-247-3558-0
- 10) POKORNÁ, Andrea. *Komunikace se seniory*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010, 160 s. ISBN 978-80-247-3271-8

- 11) POLÁKOVÁ, Martina. *Neverbální komunikace v práci všeobecné sestry*. Hradec Králové: Univerzita Karlova v Praze, 2008, Vedoucí práce Eva Vachková
- 12) SCHULER, Matthias a OSTER, Peter. *Geriatric od A do Z pro sestry*. 1. české vyd. Praha: Grada Publishing, a.s, 2010. 336 s. ISBN 978-80-247-3013-4
- 13) VENGLÁŘOVÁ, Martina a MAHROVÁ, Gabriela. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, a.s, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8
- 14) VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory: Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, a.s, 2007, 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5
- 15) VONDRÁČEK, Jan. *Medicínsko- právní terminologie: příručka pro právní praxi*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, a.s, 2009, 101s. ISBN 978-80-247-3151-3
- 16) VYMĚTAL, Jan. *Průvodce úspěšnou komunikací: efektivní komunikace v praxi*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008, 322 s. ISBN 978-80-247-2614-4
- 17) ZACHAROVÁ, Eva a kolektiv. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011, 288 s. ISBN 978-80-247-4062-1

Elektronické zdroje

- 1) KAZER, Meredith. *Gerontological Nurse Certification Review.*: Springer Publishing Company [online], [cit. 2013-03-14] dostupné na <http://site.ebrary.com/id/10265594?ppg=30>
- 2) Národní rada osob se zdravotním postižením ČR, [online], [cit. 2013-03-14] dostupné na <http://www.nrzp.cz/poradenstvi-sluzby/desatero-pro-komunikaci-s-ozp/355-desatero-komunikace-se-seniory-geriatrickymi-pacienty-se-zdravotnim-postizenim.html>
- 3) STRÁNÍK, Libor. *Zpráva o vztazích mezi ovládající a ovládanou osobou* [online], únor 2012 [cit. 2013-03-06] dostupné na <http://www.justice.cz/xqw/xervlet/insl/getFile?listina.@slCis=600260543&listina.@rozliseni=pdf&listina.@klic=eb70fa75bb6b9be015cc1588fad7e646>
- 4) Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. *Sít' zdravotnických zařízení 2011* září 2012 [online], [cit. 2013-04-01] dostupné na <http://www.uzis.cz/publikace/sit-zdravotnickych-zarizeni-2011>
- 5) *Věstník ministerstva zdravotnictví české republiky* [online], září 2004 [cit. 2012-10-15] dostupné na http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik_3648_1778_11.html
- 6) VIDOVIČOVÁ, Lucie. *Věková diskriminace - ageismus: úvod do teorie a výskyt diskriminačních přístupů ve vybraných oblastech s důrazem na pracovní trh*. Praha: 2005 VÚPSV [online], [cit. 2013-03-12] dostupné na http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_158.pdf

Seznam tabulek

Tabulka 1 Rozdíl mezi agresivitou, asertivitou a pasivitou	14
Tabulka 2 Věk pacientů Poličské nemocnice, s.r.o.	25
Tabulka 3 Věk respondentů	39
Tabulka 4 Délka praxe v LDN	40
Tabulka 5 Výuka komunikace, součást přípravy na povolání	42
Tabulka 6 Připravenost na profesionální komunikaci.....	44
Tabulka 7 Účast na kurzu komunikace	45
Tabulka 8 Přínos absolvovaného kurzu pro praxi.....	46
Tabulka 9 Pravděpodobnost účasti na kurzu komunikace	47
Tabulka 10 Důležitost verbální komunikace	48
Tabulka 11 Důležitost neverbální komunikace.....	49
Tabulka 12 Uvědomění si postoje při komunikaci	50
Tabulka 13 Představení se pacientovi	51
Tabulka 14 Nošení vizitek	52
Tabulka 15 Osobní znalosti verbální komunikace	54
Tabulka 16 Osobní znalosti neverbální komunikace	55
Tabulka 17 Hodnocení kolegů	56

Seznam obrázků

Obrázek 1 Ošetrovatelský proces.....	8
Obrázek 2 Plán ošetrovatelské péče.....	9
Obrázek 3 Komunikační proces	10
Obrázek 4 Proxemika zóny	17
Obrázek 5 Pokoj pacientů	74
Obrázek 6 Pracovna sester	74
Obrázek 7 Pracovna sester	74
Obrázek 8 Chodba na oddělení	75
Obrázek 9 Společenská místnost a jídelna.....	75
Obrázek 10 Pacient při nácviku chůze	75

Seznam grafů

Graf 1 Věk respondentů	39
Graf 2 Délka praxe v LDN.....	40
Graf 3 Výuka komunikace, součást přípravy na povolání	42
Graf 4 Připravenost na profesionální komunikaci	44
Graf 5 Účast na kurzu komunikace	45
Graf 6 Přínos absolvovaného kurzu pro praxi	46
Graf 7 Pravděpodobnost účasti na kurzu komunikace.....	47
Graf 8 Důležitost verbální komunikace	48
Graf 9 Důležitost neverbální komunikace	49
Graf 10 Uvědomění si postoje při komunikaci	50
Graf 11 Představení se pacientovi.....	51
Graf 12 Nošení vizitek	52
Graf 13 Osobní znalosti verbální komunikace.....	54
Graf 14 Osobní znalosti neverbální komunikace.....	55
Graf 15 Hodnocení kolegů.....	56
Graf 16 Hodnocení sanitářů	56
Graf 17 Hodnocení sanitářek a ošetřovatelek	57
Graf 18 Hodnocení sester.....	57

Seznam příloh

Příloha 1 Souhlas s výzkumným šetřením	77
Příloha 2 Dotazník	78
Příloha 3 Údaje o Poličské nemocnici, s.r.o.	81
Příloha 4 Náplň práce sanitář	82
Příloha 5 Náplň práce sanitářka	84
Příloha 6 Náplň práce všeobecná sestra	86
Příloha 7 Fotografie z jednoho oddělení Poličské nemocnice, s.r.o.	89

Příloha 1 Souhlas s výzkumným šetřením

Polička 11.ledna 2013
Poličská nemocnice, s.r.o.
Eimova 294
572 01 Polička-Horní Předměstí

Žádost o umožnění dotazníkového šetření

Dobrý den,

chci Vás požádat o umožnění dotazníkového šetření ve Vašem zdravotnickém zařízení – Poličská nemocnice, s.r.o. Dotazníky jsou určeny pro všechny kategorie nelékařských zdravotnických pracovníků pracujících na lůžkovém odd. LDN. Dotazníky budou vyhodnoceny pro mou bakalářskou práci na téma: Znalosti komunikace nelékařských zdravotnických pracovníků v léčebně dlouhodobě nemocných.

Za kladné vyřízení děkuji.

Synková Gabriela
studentka oboru všeobecná sestra
UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ

Adresa: 9. května 874
572 01 Polička-Horní Předměstí

Dotazníkové šetření povoleno: ANO ~~NE~~

POLIČSKÁ NEMOCNICE
s.r.o.
Eimova 294
572 19 POLIČKA
IČO: 25296094

V Poličce dne 11. 1. 2013

razítko _____

podpis _____

Příloha 2 Dotazník

Dobrý den,

jsem studentka bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, obor všeobecná sestra a chci Vás požádat o vyplnění tohoto anonymního dotazníku, který vyhodnotím pro mou bakalářskou práci na téma: Znalosti komunikace nelékařský zdravotnických pracovníků v LDN.

Děkuji za spolupráci a Váš čas.

Synková Gabriela

-
- 1) Uved'te prosím kolik je Vám let? _____
 - 2) Jakého jste pohlaví?
 - a) muž
 - b) žena
 - 3) Jak dlouho pracujete v léčebně dlouhodobě nemocných?
 - a) 0 – 4 roky
 - b) 4 – 8 let
 - c) 8 – 12 let
 - d) 12 – 16 let
 - e) 16 a více let
 - 4) Jakou pozici v současném zaměstnání zastáváte?
 - a) sanitář / ka
 - b) ošetrovatel / ka
 - c) zdravotnický asistent
 - d) všeobecná sestra s odborným dohledem
 - e) všeobecná sestra bez odborného dohledu
 - 5) Byla součástí přípravy na vaše povolání zdravotníka i výuka komunikace?
 - a) ne, nebyla
 - b) ano, byla součástí učiva na střední nebo vyšší zdravotnické škole
 - c) ano, byla součástí rekvalifikačního sanitářského kurzu
 - d) ano, jinde uveďte prosím _____
 - 6) Myslíte si, že Vás studium řádně připravilo na profesionální komunikaci?
 - a) určitě ano
 - b) spíše ano
 - c) nevím
 - d) spíše ne
 - e) určitě ne
 - 7) Zúčastnil/a jste se nějakého kurzu či semináře se zaměřením na komunikaci?
 - a) ne
 - b) ano

8) Pokud ano (v otázce č. 8) pocítil/a jste přínos pro praxi?

- a) určitě ano
- b) spíše ano
- c) ano i ne
- d) spíše ne
- e) určitě ne

9) Zúčastnil/a byste se nějaké (další) výuky komunikace?

- a) určitě ano
- b) spíše ano
- c) nevím
- d) spíše ne
- e) určitě ne

10) Myslíte si, že je znalost verbální komunikace (předávání informací pomocí slov či znaků) pro výkon povolání zdravotníka důležitá?

- a) určitě ano
- b) spíše ano
- c) nevím
- d) spíše ne
- e) určitě ne

11) Myslíte si, že je znalost neverbální komunikace (dorozumívání se beze slov, postoje, výraz tváře, doteky, mimika aj.) pro výkon povolání zdravotníka důležitá?

- a) určitě ano
- b) spíše ano
- c) nevím
- d) spíše ne
- e) určitě ne

12) Uvědomujete si, jak při komunikaci s pacientem stojíte? (např. poloha vašich končetin, zda stojíte k pacientovi čelem, jak od něj jste daleko a jiné)

- a) vždy
- b) často ano
- c) málo kdy
- d) spíše ne
- e) nikdy

13) Při první kontaktu s pacientem se představíte?

- a) vždy
- b) často ano
- c) málo kdy
- d) spíše ne
- e) nikdy

otočte prosím

14) Nosíte vizitku s vaším jménem a pracovním zařazením?

- a) ano, vždy
- b) ano, ale jen občas
- c) ne, nenosím

15) V případě, že máte důvod, proč vizitku nosíte málo nebo vůbec uveďte ho zde.

16) Jaké jsou podle vás vaše znalosti verbální komunikace?

- a) výborné
- b) dobré
- c) dostatečné
- d) nedostatečné

17) Jaké jsou podle vás vaše znalosti neverbální komunikace?

- a) výborné
- b) dobré
- c) dostatečné
- d) nedostatečné

18) Jak si myslíte, že jsou na tom vaši kolegové se znalostmi komunikace?

(označte křížkem - 1 je nejlepší a 5 nejhorší)

	1	2	3	4	5
sanitáři (muži)					
sanitářky /ošetřovatelky (ženy)					
všeobecné sestry					

Příloha 3 Údaje o Poličské nemocnici, s.r.o.

Poličská nemocnice, s.r.o.

„Poličská nemocnice, s.r.o., je samostatným subjektem podnikajícím za využití majetku Svazku obcí AZASS (vztah pronajímatele a nájemce). Toto s.r.o. má svou valnou hromadu, jednatele, dozorčí radu, zakladatelskou listinu, stanovy a veškeré další potřebné náležitosti potřebné ke své existenci. Společnost vznikla dne 5.11.1998. Jediným společníkem Poličské nemocnice, s.r.o., je Svazek obcí AZASS. Funkci valné hromady společnosti, s výjimkou tří shora uvedených případů, vykonává výbor Svazku obcí AZASS.

Poličská nemocnice, s.r.o., je držitelem všech oprávnění, jež jsou nutná k provozování zdravotnického zařízení, a splňuje všechny požadavky personálního a materiálně technického zajištění provozu zdravotnického zařízení. Předmětem činnosti společnosti je:

chirurgie – ambulantní péče, vnitřní lékařství – ambulantní péče, gynekologie a porodnictví – ambulantní péče, ortopedie – ambulantní péče a ultrazvuková vyšetření, anesteziologie a resuscitace - ambulantní péče, zvláštní ambulantní péče – chirurgický a gynekologický stacionář, následná lůžková péče – léčebna dlouhodobě nemocných, radiologie a zobrazovací metody, klinická biochemie, zdravotnická záchranná služba, všeobecná sestra – ošetrovatelská péče a domácí ošetrovatelská péče, rehabilitační péče, služby sociální péče, resp. ústavní sociální péče, dopravní zdravotní služba, služby v oblasti administrativní správy a služby organizačně hospodářské povahy u fyzických i právnických osob, poskytování služeb pro rodinu a domácnost, pronájem a půjčování věcí movitých, správa a údržba nemovitostí, praní, žehlení, opravy a údržba oděvů, bytového textilu a osobního zboží, hostinská činnost, činnost účetních poradců, vedení účetnictví, vedení daňové evidence, maloobchod se smíšeným zbožím, pořádání odborných kurzů, školení a jiných vzdělávacích akcí včetně lektorské činnosti, správa a údržba nemovitostí.“⁶⁷

⁶⁷ cit. STRÁNÍK, Libor. Zpráva o vztazích mezi ovládající a ovládanou osobou. [online], únor 2012 [cit. 2013-03-06] s. 2 - 3

Příloha 4 Náplň práce sanitář

Náplň práce - sanitář

Jméno a příjmení :
osobní číslo :
Funkce : sanitář

Sanitář po získání odborné způsobilosti pracuje pod odborným dohledem nebo přímým vedením zdravotnického pracovníka způsobilého výkonu povolání bez odborného dohledu v rozsahu své odborné způsobilosti. Do doby získání odborné způsobilosti pracuje pouze pod jeho přímým vedením. Poskytuje zdravotní péči v souladu s právními předpisy.

1. Vykonává pomocné práce zdravotnického charakteru na jednotlivých odděleních nemocnice a ambulance, nebo na operačním sále - pokud bude operační výkon.
Podílí se na zajišťování hygienické péče o klienta, včetně prevence proleženin.
 - provádí se SZP toalety na příslušném oddělení
 - pomáhá s imobilními pacienty
 - pomáhá při krmení nemocných
 - pomáhá při převazech na oddělení i na ambulanci
 - podle potřeby převléká lůžka pacientů, mění podložky, převléká pacienty, vysazuje do křesel, odváží pacienty na toaletu, nebo je tam doprovází
 - je k dispozici rehabilitační sestře
 - podává a odnáší podložní mýsy a močové láhve ležícím pacientům, provádí jejich dezinfekci
 - pomáhá při celkové koupeli na lůžku i ve vaně
2. Zajišťuje pochůzky po jiných pracovištích pro potřeby příslušného oddělení, doprovází nemocné na vyšetření do laboratoře, na rtg vyšetření. Jinak se zdržuje na přiděleném odd. Pokud musí vypomáhat na jiném oddělení, oznámí staniční sestře, nebo setře ve službě, kde se bude zdržovat.
3. Provádí fyzicky namáhavé práce spojené s přenášením a převážením nemocných nebo zemřelých. Řídí se pokyny pro manipulaci s těly zemřelých. S těly zemřelých zachází ohleduplně a s taktem.
4. Vykonává pomocné práce při obsluze přístrojů.
5. Pomáhá při přípravě zdravotnického materiálu a pomůcek (skládá čtverce, stříhá bunič. vatu apod.), manipuluje s lůžky, provádí jejich očistu, dezinfekci a úpravu.
6. Dováží a provádí výměnu kovových tlakových lahví na stlačené plyny na jednotlivých pracovištích. Dodržuje pokyny pro obsluhu kyslíkové a kompresorové stanice.
7. Na vyžádání DZS zajišťuje doprovod pacientů sanitním vozem z oddělení i z terénu.
8. Zajišťuje svoz a rozvoz čistého a špinavého prádla. Dbá aby nedocházelo k záměně prádla. Vozíky určené pro svoz prádla pravidelně myje a dezinfikuje.
9. Dováží stravu z kuchyně na příslušná oddělení. Pomáhá při krmení pacientů. Odváží skříně na stravu a termoporty zpět na strav. provoz. Dodržuje časový rozpis pro dovážení stravy i pro odvážení prázdných skříní a termoportů po určené trase.
10. Denně provádí svoz odpadků z oddělení na určená místa. Infekční odpad ukládá do zvláštních kontejnerů. Klíče od kontejnerů si vyzvedne na vrátnici proti podpisu a po svozu je vrátí.
11. Dbá na dodržování čistoty a pořádku na pracovišti a v celém areálu nemocnice.

- Pokud chybí pomocnice, zastoupí ji.
13. Dále plní v rámci své kvalifikace a schopností další úkoly, kterými jej pověří SZP, nebo lékař.
 14. 1x týdně (pondělí) kontroluje a uklízí márnici.
 15. Pečuje o pomůcky na oddělení, udržuje je v čistotě a provozuschopné (vozíky, sedačky ap.)
 16. Povinně se účastní školení pro PZP, a seminárních školení na oddělení.
 17. Dodržuje pracovní dobu a efektivně ji využívá. Zapisuje se do knihy docházky včetně přestávek na odpočinek, která je 30 minut za směnu. Dodržuje zákaz kouření a zákaz požívání alkoholických nápojů a omamných látek. Je povinen podrobit se vyšetření při podezření na jejich požití. Při pozitivním výsledku jsou určeny sankce podle Zákoníku práce.
 18. Propustky, náhradní volna a dovolené hlásí staniční sestře.
 19. Měsíční výkazy odevzdává ke kontrole staniční sestře.
 20. Pracovník je povinen dodržovat absolutní mlčenlivost o skutečnostech, které se týkají výkonu jeho povolání.

V Poličce dne :.....

Pracovník

Hlavní sestra

Příloha 5 Náplň práce sanitářka

Náplň práce - sanitářka

Jméno a příjmení :
Osobní číslo :

Funkce : sanitářka

Sanitářka po získání odborné způsobilosti a pod odborným dohledem nebo přímým vedením zdravotnického pracovníka způsobilého výkonu povolání bez odborného dohledu a v rozsahu své způsobilosti provádí pomocné a obslužné činnosti nutné pro poskytování ošetrovatelské péče.

- pečuje o hygienu prostředí
- pomáhá při rozdělování stravy, pomáhá klientům při jídle, krmí klienty kteří nejsou schopni se najíst, podává dostatek tekutin
- podle potřeby stravu přehřívá, připravuje čaj, kávu
- dbá o pořádek v čajové kuchyňce, pokud není přítomna pomocnice, sbírá, myje a dezinfikuje nádobí a zastoupí ji i při úklidu
- vaří léčebné čaje podle rozpisu
- podle potřeby převléká, myje a dezinfikuje lůžka a stará se o čistotu a pořádek jak na pokojích tak i v přilehlých prostorách
- manipuluje s čistým a špinavým prádlem včetně dezinfekce.
- provádí dezinfekci pomůcek a zařízení
- dodržuje hyg. předpisy
- pomáhá s imobilními klienty, pomáhá při převazech
- podílí se na zajišťování hygienické péče, celkových koupelích
- podle potřeby klienty převléká, dbá na prevenci proleženin, pomáhá při polohování klientů.
- pečuje o vyprazdňování klientů, podává a odnáší podložní mísy, vysazuje klienty na přenosná WC křesla
- provádí mytí a dezinfekci použitých pomůcek
- podle potřeby doprovází a převáží klienty na vyšetření, ošetření apod.
- doprovází klienty při nácvičce chůze, na WC, na zahradu ap.
- je k dispozici rehabilitační sestře, dbá jejich pokynů, pod jejím vedením provádí s klienty jednoduchá cvičení
- obstarává drobné pochůzky pro potřeby klientů
- odnáší biologický materiál do laboratoře, provádí pochůzky pro potřeby oddělení

- vytváří podmínky pro důstojné umírání, provádí úpravu a označení těla zemřelého
- s tělem zachází ohleduplně a s taktem
- provádí práce spojené s přijetím a propuštěním klientů a práce, kterými ji pověří nadřízený pracovník.
- zabezpečuje individuální potřeby klienta, dbá o čisté a estetické prostředí, kulturu stolování, příjemné prostředí
- řídí se zásadami bezpečnosti práce a protipožární ochrany, dodržuje hyg. předpisy
- pomáhá při přípravě zdravotnického materiálu a pomůcek
- provádí dezinfekci použitých nástrojů, připravuje potřebný materiál ke sterilizaci(pokud je třeba)
- je povinna dodržovat absolutní mlčenlivost o skutečnostech, které se týkají výkonu povolání
- **plní další úkoly kterými ji pověří nadřízený pracovník v rámci své kvalifikace a schopností**
- efektivně využívá pracovní dobu, zapisuje se do knihy docházky včetně přestávky na jídlo a odpočinek
- pracovní dobu tráví na pracovišti, nevzdaluje se bez vědomí vedoucího pracovníka
- dodržuje zákaz kouření nepožívá alkoholické nápoje a omamné látky v pracovní době
- je povinna podrobit se vyšetření při podezření na požití těchto látek
- soustavně se vzdělává, zúčastňuje se školicích akcí

V Poličce dne :

Pracovník

Hlavní sestra

Příloha 6 Náplň práce všeobecná sestra

Náplň práce - všeobecná sestra

Jméno a příjmení :

Osobní číslo :

Funkce : všeobecná sestra

Všeobecná sestra po získání odborné způsobilosti poskytuje zdravotní péči v souladu s právními předpisy a standardy. Dbá o dodržování hygienicko-epidemiologického režimu v souladu se zvláštními právními předpisy (Zákon o ochraně veřejného zdraví).

Vede zdravotnickou dokumentaci a další dokumentaci vyplývající ze zvláštních právních předpisů (Zákon o radiační ochraně, o sociálním zabezpečení).

Poskytuje pacientům informace v souladu se svou odbornou způsobilostí popřípadě dle pokynů lékaře.

Podílí se na praktickém vyučování studentů. Podílí se na přípravě standardů.

Může vykonávat své povolání bez odborného dohledu až po 3 letech výkonu povolání všeobecné sestry. Do té doby pracuje pod odborným dohledem. Tato věta se netýká na sestry, která absolvovala vysokoškolské studium ošetrovatelského zaměření.

Bez odborného dohledu a bez indikace lékaře v souladu s diagnózou stanovenou lékařem poskytuje nebo zajišťuje základní a specializovanou ošetrovatelskou péči prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Přitom zejména :

- poskytuje nemocným (klientům) do příchodu lékaře první pomoc podle svých odborných znalostí a zajišťuje další péči - odbornou
- vyhodnocuje potřeby a úroveň soběstačnosti pacientů (klientů), projevy jejich onemocnění a rizikových faktorů za použití měřících technik používaných v ošetrovatelské praxi - testy soběstačnosti rizika proleženin, měření intenzity bolesti, stavu výživy apod.
- sleduje a orientačně hodnotí fyziologické funkce pacientů (klientů) -dech, puls, tělesnou teplotu,krevní tlak,a další tělesné parametry
- pozoruje, hodnotí a zaznamenává stav pacientů (klientů)
- zajišťuje a provádí odběr biolog. materiálu na vyšetření, provádí vyšetření diagnostickými proužky
- provádí odsávání sekretu z horních cest dýchacích a zajišťuje jejich průchodnost
- hodnotí a ošetřuje chronické rány,stomie,centrální a periferní žilní vstupy
- provádí ve spolupráci s fyzioterapeutem a ergoterapeutem rehabilitační ošetřování - polohování, posazování, dechová cvičení, metody bazální stimulace s ohledem na prevenci a nápravu hybných a tonusových odchylek a dalších poruch z imobility
- provádí nácvik sebeobsluhy s cílem zvyšování soběstačnosti
- edukuje pacienty (klienty) a jiné osoby v ošetrovatelských postupech,
- připravuje pro ně informační materiály
- orientačně hodnotí sociální situaci pacienta (klienta),identifikuje potřebnost spolupráce sociálního pracovníka, zprostředkuje pomoc v otázkách sociálních a sociálně-právních
- zajišťuje činnosti spojené s přjetím, přemístěním a propuštěním pacientů

- (klientů), sepíše a uloží svršky do skříní k tomu určeným, poučí nemocného o možnosti uložení cenností do úschovy.
- provádí psychickou podporu umírajících a jejich blízkých a po stanovení smrti lékařem zajišťuje péči o tělo zemřelého a činnosti spojené s úmrtím pacienta
 - s tělem zemřelého zachází ohleduplně a s taktem, dbá na řádné označení těla
 - zajišťuje přejímání, kontrolu a uložení léčivých přípravků, včetně návykových látek a manipulaci s nimi a jejich evidenci
 - zajišťuje přejímání, kontrolu, uložení zdrav. prostředků, prádla, manipulaci s nimi, jejich dezinfekci, sterilizaci a dostatečnou zásobu
 - provádí komplexní hygienickou péči nemocným, včetně prevence proleženin, polohování pacientů a úpravy lůžka.
 - účastní se lékařských vizit, zajišťuje včasné splnění ordinací, sleduje celkový tělesný i duševní stav pacientů a o svých pozorováních informuje lékaře
 - podává nemocným předepsané léky, aplikuje injekce, provádí odběry krve,
 - **pod odborným dohledem lékaře** aplikuje nitrožilně krevní deriváty a spolupracuje při zahájení aplikace transfúzních přípravků
 - dále bez odborného dohledu na základě indikace lékaře ošetřuje pacienta v průběhu aplikace a ukončuje ji
 - **pod odborným dohledem všeobecné sestry se specializovanou**
 - **způsobilostí**
se podílí v souladu s diagnózou stanovenou lékařem na poskytování vysoce specializované ošetrovatelské péči
 - **bez odborného dohledu** se podílí na základě indikace lékaře na poskytování péče preventivní, diagnostické, léčebné, rehabilitační, neodkladné, dispenzární
 - zejména připravuje pacienty k diagnostickým a léčebným postupům včetně přípravy instrumentária
 - asistuje lékařům při zákrocích, zajišťuje ošetrovatelskou péči při výkonech a po nich, zejména :
 - podává léčivé přípravky s výjimkou nitrožilních injekcí
 - zavádí a udržuje kyslíkovou terapii, sleduje a zaznamenává účinky a reakce pacientů na léčbu
 - odebírá biologický materiál a orientačně hodnotí, zda jsou výsledky fyziolog.
 - provádí ošetření akutních operačních ran, včetně drénů
 - provádí katetrizaci moč. měchýře žen
 - pečuje o všechny močové katetry, provádí výplachy moč. měchýře
 - provádí výměnu a ošetření tracheostomické kanyly
 - zavádí nazogastrické a jejunální sondy a aplikuje výživu sondou, případně stomiemi
 - provádí výplach žaludku
 - obsluhuje infuzní pumpy
 - zodpovídá za správné uložení, uzamčení a evidenci léků, sleduje jejich použitelnost.
 - řídí se předpisy pro evidenci a uložení omamných, sledovaných a jedovatých látek, klíče od lékáren nosí neustále u sebe
 - řídí se zásadami bezpečnosti práce včetně zásad při manipulaci s tlakovými nádobami.
 - odebírá biologický materiál, který po řádném označení včas odesílá k vyšetření, při práci se řídí hygienickými předpisy a striktně je dodržuje

- zajišťuje dezinfekci a sterilizaci nástrojů, pomůcek a materiálu
- zajišťuje dezinfekci lůžek, stolků, ploch
- je odpovědná za hygienu nemocných
- dodržuje provozní a organizační řády, seznamuje s nimi pacienty
- kontroluje a zajišťuje vydávání stravy nemocným, dodržuje předepsané diety, dbá na estetické prostředí při stravování
- podle potřeby jídlo přihřívá, krmí pacienty
- sleduje pitný režim nemocných a množství přijaté stravy, vše zaznamenává do dokumentace zachovává absolutní mlčenlivost o skutečnostech o nichž se doví v souvislosti s výkonem povolání
- soustavně se vzdělává ve svém oboru
- dbá na správné uložení a uzamčení tiskopisů, razítek a receptů
- vede ošetrovatelskou dokumentaci
- spolupracuje s ostatními SZP a vede NZP a PZP na oddělení
- účastní se výměny pracovníků mezi jednotlivými odd.
- je povinna dodržovat etiku zdravotnického pracovníka, dodržuje práva pacientů
- dodržuje a efektivně využívá pracovní dobu, zapisuje se do knihy docházky
- včetně přestávek na jídlo a odpočinek
- na pracovišti nepožívá alkoholické nápoje a omamné látky, je povinna podrobit se vyšetření při podezření na jejich požití
- mimo pracovní dobu se nezdržuje na pracovišti ani v areálu nemocnice
- dodržuje předpisy BOZP a PO, řídí se jimi a účastní se pravidelného proškolení
- své povolání vykonává svědomitě, pečlivě a s hlubokým lidským vztahem k nemocným
- plní další úkoly kterými ji pověří nadřízený pracovník

Pracovník.....

Hlavní sestra.....

V Poličce dne :

Příloha 7 Fotografie z jednoho oddělení Poličské nemocnice, s.r.o.

Obrázek 5 Pokoj pacientů



Obrázek 6 Pracovna sester



Obrázek 7 Pracovna sester



Obrázek 8 Chodba na oddělení



Obrázek 9 Společenská místnost a jídelna



Obrázek 10 Pacient při nácviu chůze



71